

8

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DES
PYREXIES ABORTIVES

THÈSE

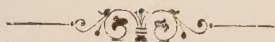
PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(Pathologie interne et médecine légale)

PAR

LE Dr MAURICE LETULLE

Ancien interne (médaille d'or) des hôpitaux
Médecin des hôpitaux.



PARIS

ASSELIN ET HOUZEAU, LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1886

CONCOURS D'AGRÉGATION

DE 1886

MÉDECINE ET MÉDECINE LÉGALE

Membres du Jury :

Président : M. HARDY.

Juges : MM. POTAIN.

CHARCOT.

BOUCHARD.

DAMASCHINO.

LÉPINE, de Lyon.

ROGER, membre de l'Académie de médecine.

Secrétaire : M. STRAUS, agrégé.

Candidats :

BALLET.

BARTH.

BOINET.

BRISSAUD.

BROUSSE.

CHAUFFARD.

CHUFFARD.

DE BEURMANN.

DÉJERINE.

DUBREUILH.

GAUCHER.

GRENIER.

LANNOIS.

LEMOINE.

LETULLE.

LOBER.

MOUSSOUS.

PARISOT.

SARDAT.

SIMON.

WEILL.

PYREXIES ABORTIVES

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES

Que doit-on entendre par le terme de *Pyrexies abortives*? Les pyrexies, ou maladies fébriles, désignent toute maladie générale dont l'élément prédominant est la *fièvre*. Cette définition embrasse la classe des fièvres proprement dites et celle des fébri-phlegmasies. Cette dernière englobe toutes les maladies aiguës, le plus souvent infectieuses, dans lesquelles certaines lésions matérielles, localisées et prédominantes, deviennent par leur évolution même un des éléments les plus importants de la maladie.

Une pyrexie abortive sera donc à nos yeux une *maladie générale aiguë*, infectieuse le plus souvent et *qui avorte*. J'ajouterai, pour aller au devant de toute objection et pour répondre à l'idée du terme ainsi compris : qui avorte *spontanément*, c'est-à-dire *en dehors de toute intervention thérapeutique*.

Ainsi délimité, le sujet de thèse qui nous est imposé est encore bien compréhensif. On pourrait, logiquement, le circonscrire aux pyrexies dont l'allure cyclique est connue et bien déterminée, la fièvre typhoïde par exemple, l'érysipèle, la pneumonie encore cependant bien discutée. Toutefois, parmi les maladies infectieuses aiguës, il en est un grand nombre dont la marche et la durée sont éminemment variables et indéterminées : je n'en veux pour preuve que la *pyohémie* et la *septicémie*. Qui pourrait indiquer l'évolution thermique de l'*infection puerpérale*? Et pour prendre un exemple plus commun encore, dans le cadre même des fièvres éruptives, n'y a-t-il pas des variantes innombrables dans la courbe cyclique de la *scarlatine*?

A un autre point de vue, la détermination exacte et rigoureuse de la forme abortive d'une pyrexie ne laisse pas d'être parfois fort difficile. Est-ce dans la *durée totale* de l'évolution morbide qu'il faut rechercher les éléments caractéristiques d'une fièvre avortée? N'est-ce pas plutôt dans la *durée de la période fébrile*? Une *fièvre typhoïde*, dont la période aiguë n'a pas dépassé dix à douze jours, mais dont la convalescence et les troubles plus ou moins légers ou graves qui l'accompagnent pourront prolonger pendant encore cinq ou six semaines les dangers d'une situation en général peu compromise, doit-elle rentrer dans le groupe des pyrexies abortives? Et la *grippe*, si bénigne dans ses formes les plus légères, qui cependant laisse parfois une convalescence d'une longueur qui étonne, quand est-elle abortive? La question, on le voit par ces quelques exemples choisis au hasard, est délicate et mérite d'être étudiée.

Tout d'abord s'offre à notre examen un problème subsidiaire, plus facile à élucider et qui nous mettra, nous l'espérons, sur la voie de la solution cherchée: l'*intensité* et la *gravité* de la forme clinique revêtue par la maladie fébrile doivent-elles entrer en ligne de compte dans la définition des pyrexies abortives? Evidemment non. Tous les auteurs reconnaissent aujourd'hui qu'on ne doit pas confondre les formes *atténuées*, *légères*, *bénignes*, *frustes* ou *latentes* des fièvres avec leurs formes avortées ou abortives. Une pyrexie qui avorte peut être intense ou bénigne, grave ou légère : la gravité de la situation ne fait rien à ce qu'on pourrait appeler l'*abortivité*.

Si donc l'avortement de la maladie n'est nullement en rapport avec l'*intensité* de sa forme clinique, ce ne peut être que dans la *durée des périodes fébriles* qu'il faut chercher les éléments caractéristiques et pathogéniques d'une forme abortive.

Une pyrexie abortive consiste donc exactement en une maladie aiguë qui s'arrête court, c'est une *fièvre écourtée*. Cette notion comporte, on le comprend sans peine, la connaissance exacte de la durée habituelle, je dirais volontiers normale de la maladie : fièvre *abortive*, ou avortée, devient donc l'antithèse de fièvre *prolongée*, lente ou tardive. Dans ces deux cas extrêmes, la maladie classique cesse à une époque où, normalement, elle devrait être soit en pleine période d'état (forme abortive), soit depuis quelque temps en période de convalescence (forme prolongée).

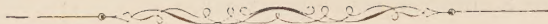
Toutes ces conceptions, basées sur les modifications de durée de la

maladie fébrile, ne purent être sérieusement fournies aux observateurs que le jour où ils furent en possession de moyens d'exploration perfectionnés et mathématiquement exacts. La constatation des modifications subies, dans le cours d'une fièvre, par l'état général, par le pouls, par les signes physiques, par les symptômes fonctionnels et même par les phénomènes critiques, ne constituait pas un critérium suffisamment méthodique et d'une exactitude assez rigoureuse pour assurer les observateurs contre les appréciations erronées. C'est du jour où la clinique, armée du thermomètre et sous l'impulsion des Gavarret, des Andral, des Bouillaud, des Wunderlich, des Thomas, des Liebermeister, des Jürgensen, des Lorain, des Charcot, des Roger, des Jaccoud et de tant d'autres éminents observateurs, aborda par ses nombreux côtés l'étude de la température du corps dans les maladies, que la marche des fièvres fut réellement mieux connue : la notion des formes abortives devait en découler.

Aujourd'hui, la plus grande partie du travail est accomplie, pour un grand nombre de maladies fébriles du moins. Le temps nous manque, on le comprend, pour décrire dans ce mémoire la totalité des recherches faites et des progrès obtenus. Je me contenterai de condenser dans un certain nombre d'exemples, choisis à dessein, les grandes données de la question des pyrexies abortives et j'essaierai de montrer les principales questions soulevées par ce problème.

Dans une première partie, j'étudierai l'*étiologie générale* et la *pathogénie* de la forme abortive des pyrexies. Supposant connue et admise l'existence de ces fièvres écourtées ou avortées, je chercherai, en m'appuyant sur les données expérimentales les plus récentes fournies par la pathologie comparée, les conditions qui peuvent expliquer, chez l'homme, l'existence des cas abortifs dans le cours des maladies générales aiguës. Je m'efforcerai par là même de trouver les *causes* qui font avorter telles ou telles pyrexies. Chemin faisant, je demanderai aux faits, aux expériences, aux malades eux-mêmes et à la maladie les raisons pathogéniques, accessibles à nos connaissances, qui pourront, sans doute, un jour, assurer dans la main de l'homme l'atténuation, en un mot l'*avortement des virus pathogènes*. Entrevoir cet avenir, n'est-ce pas rêver l'extinction progressive des maladies infectieuses épidémiques, qui déciment l'humanité? Nous passerons donc en revue, dans cette première partie, les expériences contemporaines qui peuvent faire naître de légitimes espérances.

La seconde partie, uniquement consacrée à la *clinique*, fournira des types caractéristiques de pyrexies abortives, mais un choix étant nécessaire dans cet immense chapitre de la pathologie qu'on appelle la pyrétologie, j'ai cru bien faire en prenant spécialement pour sujet d'étude quelques pyrexies dont les formes abortives sont les mieux connues. Ces exemples, que j'ai dû forcément restreindre, suffiront, je l'espère du moins, à montrer la symptomatologie, les formes cliniques, le diagnostic d'un certain nombre de pyrexies abortives qui, n'étant pas comparables entre elles, ne permettaient pas une description générale.



PREMIÈRE PARTIE

Étiologie et Pathogénie des Pyrexies abortives.

I

Nous ne croyons pas trop nous avancer en déclarant que l'étude des formes abortives des pyrexies est presque une question contemporaine. Le jour, en effet, où les maladies aiguës et plus particulièrement les maladies infectieuses furent bien connues dans leurs modalités cliniques, on parvint à bien en isoler les formes atténuées et légères. De là à reconnaître dans le cours des épidémies régnantes un certain nombre de types, classiques à leur début mais tout à coup modifiés et tournant court avant le terme habituel de la maladie, il n'y avait qu'un pas : ce pas fut vite fait, et l'on décrivit des pyrexies abortives.

Sans doute on retrouve, éparses dans les auteurs anciens et principalement dans les pyrétologistes du siècle dernier, des indications précieuses concernant la courte durée, les formes atténuées et légères des maladies épidémiques. Sydenham, Van Swieten, Borsieri, isolent, au milieu des varioles anormales, des formes légères n'allant pas jusqu'à la suppuration, en somme des varioloïdes ou mieux, comme le voulait Trousseau, des varioles modifiées, formes avortées de la pyrexie. De même Stoll parle de la nature violente ou douce de la variole. Plus près de nous, Frank signale la variole tronquée, etc. Toutefois un grand nombre de fièvres légères ou bénignes observées par les anciens ne constituait pas des formes abortives mais bien plutôt des formes atténuées ou des formes frustes de la maladie, ce qui n'est pas absolument identique. Or, serait-il logique de considérer comme abortive une maladie qui, pour une raison quelconque, évoluerait assez insidieusement pour ne donner lieu à aucun phénomène morbide ? Pour qu'une maladie *avorte*, encore faut-il qu'elle commence ; encore faut-il que sa symptomatologie s'esquisse, soit avec ses traits habituels, soit même avec une physionomie anormale ; sinon, la pyrexie passera inaperçue, elle sera fruste, latente, méconnue. Cette distinction, importante en nosologie, restera vraie alors même que l'organisme atteint à l'insu du

malade et même du médecin, aurait acquis de la sorte une immunité vaccinale contre les attaques ultérieures de la même maladie.

Bien que Sydenham, Cullen, Van Swieten, Borsieri aient décrit les varioles légères et atténuées spontanément ou sous l'influence d'une première atteinte ou mieux de la variolisation, c'est surtout avec l'étude du typhus que l'on isole bien la notion plus exacte des formes abortives des maladies aiguës. Haspel, Garreau, Barudel, Gauderax, Masse et plus spécialement Jacquot, étudient et démontrent l'existence du typhus abortif. Bientôt M. Charcot (1) isole la forme abortive de la pneumonie des vieillards, puis Lebert met en lumière les formes abortives de la fièvre typhoïde. Nous verrons plus tard que la plupart des maladies aiguës, des pyrexies et principalement des maladies infectieuses, offrent dans leurs poussées épidémiques ou dans leurs recrudescences endémiques, des types abortifs également décrits par de nombreux auteurs.

Quant à savoir la raison déterminante qui fait abortive telle ou telle maladie fébrile, quant à déterminer la pathogénie de l'avortement de la maladie, c'était, il y a peu de temps encore, un problème sinon insoluble, du moins extrêmement difficile à étudier, faute de données scientifiques suffisantes. Ce n'est pas à dire pour cela qu'aujourd'hui encore la question ne présente de très grandes obscurités et que la raison d'être des *formes écourtées* des maladies infectieuses soit absolument élucidée. Actuellement encore, bien des inconnus planent sur cette question : comme autrefois, on est bien obligé de faire intervenir l'idée de *réceptivité*, la notion d'*opportunité morbide* pour l'organisme mis en présence du poison élément pathogène de la maladie infectieuse. De nos jours encore on doit expliquer par des *différences individuelles* (2) les effets nuls, imparfaits ou complets de l'attaque, ainsi que les désastres irrémédiables ou rapidement réparés qui suivent. A un autre point de vue, la question de la *récidive* d'une même maladie touche à la notion déjà ancienne de l'*immunité* plus ou moins complète et plus ou moins prolongée conférée par une première atteinte de la pyrexie. Encore cette idée est-elle assez restreinte puisqu'elle ne peut s'appliquer ni à la rougeole, ni à la diphthérie, non plus qu'à la pneumonie ou à la grippe qui sont presque universellement considérées

(1) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1865.

(2) JACQUOT. — *Pathologie interne*, t. III, p. 589.

aujourd'hui comme des maladies spécifiques, infectieuses, capables de plusieurs récidives.

Enfin on a pu, par une vue purement théorique, admettre que dans telle ou telle circonstance, le virus qui entre même pour la première fois dans un organisme sain ou qui y revient, peut, avant d'y pénétrer, avoir été déjà affaibli, *atténué* peut-être par diverses conditions atmosphériques, telluriques, thermiques ou autres, le plus souvent mal déterminées; autant de conditions capables de transformer une maladie maligne en affection légère ou même abortive. Il se produirait un phénomène tout autre dans certains cas de variole modifiée, mais devenue anormale et maligne, survenant chez des individus anciennement vaccinés ou variolisés : la plupart des auteurs estiment alors, soit que l'énergie du contagé était si puissante que la vaccine n'a pu lui résister (c'était l'opinion soutenue encore par Frank), soit que le vaccin affaibli a perdu son énergie antagoniste et a laissé la porte ouverte à l'ennemi.

En résumé, les notions actuellement acquises et susceptibles d'expliquer les formes abortives des maladies générales, ne sortent guère des conceptions anciennes sur le *génie épidémique* et la *constitution médicale* régnante. Ce sont à peu près les mêmes idées, modifiées dans les termes. Car si l'on ne parle presque plus de génie épidémique ou de constitution médicale, on accepte des queues d'épidémie comme on décrit des épidémies atténuées ou aggravées, des recrudescences épidémiques. A tout ce qui précède on a ajouté la notion de l'organisme affecté, ou pour mieux dire on l'a remise en lumière : on déclare volontiers qu'il lutte plus ou moins énergiquement : on déclare que l'individu frappé peut, grâce à sa résistance organique, éteindre rapidement la maladie infectieuse développée en lui. On invoque alors l'énergie des échanges nutritifs, le bon fonctionnement des éléments cellulaires, la large perméabilité des émonctoires. Grands résultats sans doute, obtenus grâce aux efforts de la chimie biologique et aux recherches de la physiologie pathologique, mais qui ne permettent d'aborder que par un seul côté le grand et difficile problème de la cause déterminante des pyrexies.

Cependant, depuis quelques années, après la réalisation positive de certaines idées anciennes concernant la nature vivante des éléments générateurs des maladies infectieuses, grâce à la méthode expérimentale complète et irréprochable créée par M. Pasteur et appliquée par ses élèves, la pathologie générale est entrée dans une phase nouvelle.

Le seul point qui nous intéresse actuellement a trait à l'étude des maladies générales aiguës, des pyrexies. L'idée de l'origine parasitaire microbienne des maladies infectieuses, poursuivie depuis longtemps déjà en France et en Allemagne par les anatomo-pathologistes, a subi en quelques années, sous la pression des découvertes retentissantes de la bactériologie, une impulsion considérable. De nombreux travaux ont surgi aussi variés que remarquables; Davaine, Pasteur, Chauveau, Koch, Chamberland, Arlving, Roux, Nocard, Cornevin et Thomas et une foule d'autres expérimentateurs dont je vais parler plus loin, abordèrent le problème par toutes ses faces. D'autre part, les études pathologiques de Cornil, Bouchard, Grancher, Damaschino, Straus, Malassez, Vignal, Charrin, Babès et d'un grand nombre d'autres observateurs que je me plairai à rappeler dans les pages qui vont suivre, faisaient faire à la doctrine microbienne des maladies infectieuses d'énormes progrès.

Nous allons rechercher si cette doctrine ne pourrait pas éclairer sur quelques points la question si obscure encore et si discutée de la pathogénie et des causes de la forme abortive des différentes maladies aiguës. C'est avec ces notions toutes contemporaines que je voudrais établir la pathogénie générale des pyrexies abortives. Je m'appuierai pour cela sur les travaux les plus récents fournis par la médecine expérimentale et par la pathologie comparée. Il y a là une source inépuisable en documents précieux, applicables de près ou de loin à la pyréto-logie humaine, et capables, à mon avis, de donner une base positive et réellement scientifique aux conceptions théoriques qui ont cours en médecine.

Le problème dont nous cherchons la solution se réduit à cette question : Comment peut-on expliquer l'évolution précipitée, abortive en un mot, d'une pyrexie, d'une maladie générale infectieuse? Pour quelles raisons le drame pathologique qui se déroulait dans ses actes successifs et régulièrement enchaînés, est-il tout à coup écourté? Pourquoi la maladie tourne-t-elle brusquement, sans raison thérapeutique, se jugeant parfois au moyen de phénomènes critiques aussi complets, aussi énergiques qu'elle les aurait pu présenter quelques jours plus tard, à l'époque habituelle, lors de sa période de décroissance terminale?

Nous pouvons d'ores et déjà annoncer avec les pathologistes modernes que nos investigations doivent se diriger sur deux voies souvent

parallèles et conduisant l'une à l'étude des modifications du *terrain organique*, l'autre à la connaissance des éléments infectieux des *germes morbides* infiniment petits, ces microbes pathogènes dont on s'efforce de déceler les caractères spécifiques dans les diverses maladies générales infectieuses classées jadis, un peu au hasard, sous le terme générique de pyrexies.

C'est qu'en effet tout le problème est là : quelles sont les conditions d'où dépend soit l'intensité plus ou moins grande, soit l'*atténuation* rapide ou soudaine d'une maladie infectieuse ? Abordons les difficultés de cette obscure question ; guidons-nous sur les indications bien sûres, bien incontestables qui nous sont fournies par la pathologie comparée ; nous arriverons, je l'espère, à des résultats plus satisfaisants pour l'esprit que toutes les idées théoriques émises jusqu'ici sans preuves convaincantes. Ce travail nous permettra peut-être même d'asseoir sur une base plus solide quelques-unes des conceptions étiologiques et pathogéniques que nous énumérerons chemin faisant.

II

Commençons tout d'abord par le *terrain organique* qui doit recevoir les germes morbides.

Ce terrain (on nous pardonnera cette comparaison qui est plus exacte qu'il ne semble au premier abord), qui vient d'être ensemencé par les hasards de la vie pathologique, est-il apte à faire germer les graines qui y ont été jetées ?

On peut comparer d'une part les microbes virulents et l'organisme d'autre part à des semences et à un terrain dans lequel ces semences arrivent par un procédé quelconque avec une différence marquée toutefois, résultant de la nature toute autre du terrain animal et du terrain végétal.

Dans le terrain botanique tombe une graine ; la terre la reçoit et aussitôt met à sa disposition toutes les forces et toutes les réactions chimiques qui se passent en elle pour que la plante puisse naître et grandir. Si la graine vient à mourir, c'est que ou bien elle n'était pas née viable, ou bien elle n'a pas trouvé dans les liquides que le sol a mis à sa disposition les éléments nécessaires à son existence : la terre n'y est pour rien. Elle a accueilli la graine, a favorisé son développe-

ment selon ses forces, et si même la plante a montré de grandes exigences, elle a été jusqu'à s'appauvrir pour la faire prospérer, bien sûre de retrouver un jour ou l'autre tous les éléments de croissance qu'elle a mis à sa disposition.

Dans le terrain animal les choses se passent tout autrement. L'organisme est vivant et possède à un haut degré l'instinct de la conservation. Aussitôt qu'il éprouve le contact du microbe, il reconnaît la présence d'un être malfaisant et réagit. On a donc là en présence deux ennemis, l'un pour l'attaque et l'autre pour la défense. Le microbe fait tous ses efforts pour s'implanter, se développer, se multiplier à l'infini, dût-il aller jusqu'à la destruction biologique de l'organisme ; celui-ci de son côté résiste autant qu'il est en son pouvoir et cherche par une réaction aussi énergique que possible à chasser et rejeter au dehors, sous une forme quelconque, le virus dont il est imprégné.

Dans cette lutte, si le virus l'emporte, c'est la mort de l'individu, mais il arrive heureusement maintes fois que l'organisme peut prendre le dessus et c'est la guérison qui a lieu. Dans ce dernier cas il peut rester des traces visibles du passage de la maladie comme dans la variole, la peste, etc.; souvent il n'y en a bientôt plus trace. Parfois cependant, trop fréquemment encore, les sujets jadis atteints éprouvent jusqu'à la fin de leur vie des troubles physiologiques bien voisins d'un état pathologique réel.

Pour l'organisme humain, on ne saurait trop insister sur cette notion qui domine largement la scène morbide : le conflit créé par la résistance des éléments cellulaires aux parasites, que ces germes infectieux soient spontanément pathogènes ou bien qu'ils aient acquis un pouvoir morbifique dans le milieu intérieur où ils végétaient, naguère indifférents. La lutte qui s'établit constitue, à proprement parler, la maladie, et l'homme ne sortira victorieux du combat que le jour où les virus organisés auront été totalement éliminés, détruits ou transformés, et où les produits pathologiques enfantés par eux (entre autres les alcaloïdes toxiques ou non) auront été chassés par les émonctoires. La guérison ne sera effectuée qu'après l'élimination d'une foule de déchets organiques et minéraux plus ou moins incomplètement comburés qui s'étaient accumulés dans le milieu intérieur, pendant la maladie : ils aggravaient la situation par leur seule action de présence et par la menace d'accidents toxiques secondaires.

Lorsque le combat est très vite terminé, quand l'organisme, après

des sacrifices souvent considérables, en tout cas largement faits, rentre dans le repos de la convalescence beaucoup plus tôt que d'habitude, ayant jugulé avec ses seules ressources réactionnelles la pyrexie qui l'attaquait, on dit que la maladie générale *a avorté*, image et comparaison erronées, si l'on tient compte de la signification exacte du terme (1).

Ainsi, dans les maladies infectieuses, l'ensemencement de l'organisme par les germes morbigènes pourra ne pas réussir, soit parce que le terrain humain, à ce moment précis, ne présente pas les conditions favorables à la culture du germe infectieux, soit parce que la graine, de qualité inférieure, pour ainsi dire, et se trouvant dans des conditions de vitalité insuffisante, s'est modifiée pour des raisons multiples, grâce à des influences qui ont affaibli sa puissance toxique.

Ces germes atténués qui ont déterminé quelques accidents morbides, même avec leur évolution incomplète, peuvent avoir rendu service au patient : dans ce cas, ils deviennent pour lui une sorte de *vaccin*, et la pyrexie avortée s'élève au rang de maladie prophylactique.

L'exemple suivant, que je choisis à dessein, établit mieux que je ne pourrais le faire, la réalité des faits énoncés plus haut :

Dans la séance du 2 novembre 1885, M. Pourquier lisait à l'Académie des sciences un mémoire extrêmement remarquable sur une modification de la vaccination de la clavelée. Jusqu'à ses travaux, la clavelée s'inoculait directement d'un mouton à l'autre sans précautions préalables, et les résultats étaient quelquefois déplorables, amenant une mortalité qui s'est élevée jusqu'à 60 0/0 du troupeau. M. Pourquier s'efforça d'obtenir un *virus atténué* qui devait donner une maladie moins grave mais procurant cependant au sujet la même immunité. La clavelisation préservant pendant un temps variable, deux, trois ans et quelquefois toute la vie, les sujets doivent donc être revaccinés. Remarquant dans cette revaccination la diminution des pustules comme largeur, comme acuité et comme durée, M. Pourquier se servit de ces pustules pour vacciner les sujets encore à préserver. C'est donc en utilisant les *manifestations d'une maladie abortive* que l'auteur cité a essayé de faire naître une *maladie abortive préservatrice*, vaccinale, et il a pleinement réussi. La mortalité des troupeaux a diminué dans des proportions considérables à la suite des clavelisations faites avec les précautions recommandées par M. Pourquier.

Ceci bien établi, nous allons voir combien grande est la complexité du problème que nous nous sommes posé concernant l'*étiologie* et la

(1) LITTRÉ. — *Abortif*. « Étymologie : *abortivus*, de *aboriri*, de *ab*, indiquant privation, et *oriri*, naître, ce qui empêche de venir à bien, ou ce qui n'est pas venu à bien. » *Dictionnaire de la langue française*, t. 1^{er}, p. 17.

pathogénie de la forme abortive des pyrexies. Tout d'abord se présente la question des *racés* humaines, tout comme la même question des races se pose en pathologie comparée. Il y a longtemps, par exemple, que l'on connaît l'immunité des nègres pour la *fièvre jaune*, immunité qui va décroissante du nègre au peau-rouge, de celui-ci au créole pour devenir presque nulle chez le blanc non acclimaté. Toutefois, rien que pour ce point qui a paru si longtemps définitivement tranché, l'expérience et les observations de certains auteurs semblent devoir modifier l'opinion jadis accréditée. Il faudrait faire intervenir à côté de l'immunité de race la question de l'acclimatement et de l'hérédité; d'autre part, la *fièvre bilieuse inflammatoire* des pays chauds serait pour nombre d'auteurs (Bérenger-Feraud, Burot, etc.) une véritable fièvre jaune abortive, conférant l'immunité par une sorte de vaccination légère et spontanée.

On sait combien grave est la *variolo* chez les nègres et chez les Hindous. Ce serait peut-être ici le lieu de rappeler l'opinion soutenue par Broca, qui expliquait l'atténuation relative de la variolo chez les races occidentales par l'influence des attaques successives de variolo frappant les familles blanches de générations en générations. Faut-il voir dans cette atténuation du virus varioleux un premier degré d'immunité obtenue et par les vaccinations successives et par l'adaptation progressive, héréditaire de l'organisme à ce virus, enfin peut-être aussi par la sénilité croissante du germe de la variolo dans nos climats tempérés?

La même interprétation théorique ne pourrait-elle pas être proposée pour expliquer l'atténuation de la virulence du *choléra indien* depuis sa première apparition en Europe? Est-ce le virus qui s'atténue? Sont-ce les races européennes qui s'acclimatent, se vaccinant insensiblement à chaque nouvelle recrudescence du fléau? Qu'il me suffise de rappeler les discussions récentes à l'Académie de médecine et les nombreux mémoires publiés depuis peu sur le choléra, d'où il semble résulter, en somme, que l'Europe est imprégnée du virus cholérigène. On commence à parler de *constitution médicale cholérique*, au début de laquelle on observerait ces nombreux cas de diarrhée suspecte, d'embarras gastrique cholériforme, véritables formes abortives d'une maladie générale que nous avons tous vues à Paris, il y a dix-huit mois, avant l'éclosion de l'épidémie.

Les races jeunes, encore vierges de tout contagé, contractent les

maladies infectieuses avec une intensité parfois inimaginable. Qui n'a présente à la mémoire la triste épopée de cette tribu d'Esquimaux transplantée à Paris il y a quelques années et foudroyée en quelques jours par les formes les plus infectieuses de la variole? Ce qui est vrai pour la variole et pour la syphilis, l'est à plus forte raison pour la *tuberculose*, cette maladie infectieuse dont l'allure parfois suraiguë la rapproche singulièrement des pyrexies proprement dites : on sait la réceptivité extrême des Patagons pour la tuberculose lorsqu'elle leur fut importée.

La question si complexe de l'immunité morbide que nous ne pouvons aborder ici, se retrouve à chaque pas dans la pathologie humaine. Il y a longtemps, par exemple, que la remarque a été faite et confirmée par une foule d'observateurs que chez les Arabes les plaies ne suppurent pas ou presque pas. En pathologie comparée, tous les expérimentateurs ont noté la très minime suppuration des plaies du chien et du cheval, et par contre la grande facilité qu'ont à suppurer les plaies chez le lapin et le bœuf. En d'autres termes, la culture des différentes espèces de microbes pyogènes est, suivant les races animales ou à peu près inproductive ou très florissante ; le mouton d'Algérie, ainsi que l'a démontré Chauveau, est réfractaire au charbon, cette maladie infectieuse qui frappe si cruellement les moutons d'Europe.

Il est une maladie infectieuse, microbienne, le typhus des volailles ou choléra des poules dont l'étude déjà esquissée par Moritz (Alsace), Joannès et Mégnin, Semmer de Dorpat, Perroncito (de Turin) et par M. Toussaint (de Toulouse), a été définitivement élucidée d'une manière si remarquable par M. Pasteur. Or, on sait que le lapin peut succomber au choléra des poules, tandis qu'un de ses voisins de basse-cour, le cobaye est presque impunément inoculé, et qu'il porte sans accident pour lui-même dans l'abcès qui se développe au niveau du point d'inoculation une colonie de microbes pathogènes capables de donner à la poule une des formes les plus virulentes du choléra. Par conséquent la même maladie infectieuse, infailliblement mortelle quand elle se développe sur telle espèce animale, peut être sans gravité sur telle autre.

Prenons un autre exemple, le *charbon symptomatique* : bien différenciée par Arloing, Cornevin et Thomas du sang de rate ou charbon bactérien de Davaine, cette maladie sévit surtout sur les agneaux et les jeunes bovidées âgées de six mois à quatre ans. Ces auteurs ont montré que l'âne, le cheval et le rat blanc résistent d'ordinaire à

l'inoculation du virus, et que le rat d'égout, le chat, le chien, le porc sont réfractaires à la maladie. Les exemples précédents prouvent donc bien qu'en présence d'une maladie infectieuse déterminée, certaines espèces animales, souvent très rapprochées, sont les unes gravement frappées, les autres régulièrement réfractaires.

On pourrait citer encore la *tuberculose* qui produit les terribles ravages que l'on sait sur l'espèce humaine et qui, sévissant également sur un certain nombre d'espèces animales domestiques, les bovidés (Koch, Klebs, Bollinger, Bang), les gallinacés (Koch, Ribbert, Cornil et Mégnin, Babès, Nocard), respecte habituellement le cobaye, le cheval, et est pour ainsi dire inconnue chez le chien, ce commensal habituel de l'homme.

Cette immunité absolue ou relative de certaines espèces est un élément important dans la pathogénie générale des maladies infectieuses. Elle expliquera peut-être un jour, dans la nosologie humaine, ces cas réfractaires, signalés déjà depuis longtemps pour la syphilis ou la blennorrhagie par exemple. Deux étudiants en médecine pratiquant l'autopsie d'une femme morte de *puerpérisme infectieux* se font aux mains des érosions superficielles : l'un d'eux succombe en quelques jours à une maladie infectieuse suraiguë, l'autre en est quitte pour une légère adéno-lymphangite du membre supérieur. Dira-t-on que ce dernier s'est blessé moins profondément que le premier ? Prétendra-t-on qu'il s'est inoculé une moindre quantité de virus ?

Quelle interprétation donner encore aux faits suivants que je choisis entre tant d'autres non moins significatifs : Koch, dans son célèbre mémoire sur l'étiologie de la tuberculose, pratiquant des inoculations avec des cultures pures de bacilles tuberculeux, rapporte, dans sa quatrième expérience (1), le résultat d'inoculations semblables faites dans des conditions identiques :

2 cobayes furent.....	tuberculisés.
1 marmotte fut.....	tuberculisée.
6 rats blancs furent.....	réfractaires.
5 souris blanches furent.....	une seule tuberculisée.
4 souris des champs furent.....	tuberculisés.
2 hérissons furent.....	réfractaires.
6 poules furent.....	trois tuberculisées.
4 pigeons furent.....	réfractaires.
2 moineaux furent.....	réfractaires, etc.

(1) Il s'agissait d'une neuvième culture de tubercules provenant d'un poulmon de singe.

Voilà quatre souris des champs infectées, quatre souris blanches réfractaires sur cinq, et six rats blancs réfractaires.

N'est-il pas logique d'accepter que l'expérimentateur avait eu affaire à certains *individus* réfractaires, les uns en vertu de leur espèce, les autres non par leur espèce mais par leur résistance individuelle, ce qu'on appelle leur *idiosyncrasie*?

Il faut conclure de même lorsqu'on voit Koch, à l'aide de cinq gouttes de sang putréfié injectées à une souris de maison obtenir une septicémie expérimentale, spécifique, réinoculable en série presque indéfinie aux souris de maison, tandis que les rats et les souris des champs y demeurent absolument réfractaires.

Rappelons par comparaison, la réceptivité si grande de certaines espèces pour telle ou telle maladie infectieuse. Je ne veux pas rééditer pour les lapins la célèbre épithète qui leur fut décochée par un maître à propos de l'excessive facilité qu'ils ont à contracter la tuberculose, réceptivité expérimentale qui, bien employée, devient au contraire un moyen éminemment favorable aux recherches délicates (inoculation de quelques gouttes d'un liquide suspect dans la chambre antérieure de l'œil). Mais je puis, en toute justice rappeler que chez l'homme tous les médecins ont observé, des *familles* malheureusement prédisposées à contracter certaines maladies, la pneumonie, par exemple, ou la fièvre typhoïde. Qui ne pourrait citer des familles où un nombre souvent considérable de personnes ont, pendant plusieurs générations successives, succombé à la pneumonie? Que de maisons dans lesquelles tout membre frappé par la fièvre typhoïde est presque irrévocablement voué à la mort! Et je ne parle pas seulement de ces familles récemment arrivées dans la ville où le tribut aux maladies endémiques, la dîme de l'acclimatement, est trop souvent cruellement payé pendant les quelques mois ou années qui suivent l'installation; je fais encore allusion aux autochtones, trop souvent victimes de la pyrexie endémique par excellence à Paris, la dothiéntenterie. Par contre, tous les médecins pourraient citer des familles privilégiées, à ce point de vue, dont aucun membre n'a contracté ni la fièvre typhoïde, ni la diphtérie, sans qu'on puisse exactement dire quelle est la raison hygiénique, sociale, ou peut-être vaccinale qui les rend ainsi réfractaires aux maladies endémiques ou épidémiques propres au climat et à la région qu'elles habitent.

Ici encore la pathologie comparée fournit quelques données curieuses,

dont l'application à l'espèce humaine est bien discutable, mais mériterait sans doute d'être tentée. Dans les campagnes on sait, et tous les vétérinaires l'ont vu, que les troupeaux de moutons atteints du charbon bactérien ne sont pas toujours et quand même totalement détruits ; un certain nombre d'individus résistent, soit qu'ils contractent pour une raison ou pour une autre, une forme atténuée, *abortive* de la maladie, soit même qu'ils n'offrent à aucun moment le moindre phénomène rappelant le tableau du sang de rate. Ce serait peut-être le cas de parler des *vaccinations inconscientes* et des *vaccinations insensibles* effectuées par suite de l'acclimatement dans un milieu contagionné ; mais nous reviendrons plus tard sur ce sujet. Qu'il nous suffise de répéter que la question de la *réceptivité morbide* est aussi multiple que délicate, et que divers éléments du problème vont successivement se présenter au cours de cette étude.

J'aborde un sujet qui, de prime abord, pourrait paraître bien éloigné de la question de l'avortement d'une pyrexie : c'est le rôle que peut jouer, à ce point de vue, la *température du terrain organique* ensemencé. En médecine comparée, depuis Pasteur, la température du sujet inoculé d'une maladie infectieuse est un élément des plus importants. Nous allons voir qu'il en est peut-être de même pour le corps humain. La poule, dont la température normale oscille entre 41 et 42 degrés, est réfractaire au charbon bactérien, tandis que le moineau dont la température est aussi élevée est très accessible au même virus (Koch). Pasteur inocule une poule avec une culture pure de bactéries charbonneuses. Puis, afin de prouver d'une façon indiscutable que la température élevée du sang de l'oiseau empêche, à elle seule, la pullulation du microbe, il maintient l'animal les pattes dans l'eau froide, fait ainsi descendre sa température aux environs de 38 degrés, et la bête meurt du charbon. Le microbe aérobie, dans ce terrain de culture suffisamment refroidi, s'est développé avec une rapidité telle que la mort survient en quelques heures. D'ailleurs, pour compléter l'expérience, si l'on réchauffe assez tôt l'animal en observation, on peut l'empêcher de succomber à la maladie charbonneuse. Une preuve inverse aurait été fournie par le docteur Gibier (de Savigny) qui serait arrivé à donner à des grenouilles et à des poissons, normalement réfractaires, le charbon bactérien en les faisant vivre, après une éducation suffisante, dans une eau à 35 degrés.

Mais il est encore d'autres exemples démontrant l'influence de la température du terrain organique sur le développement et, ce qui nous intéresse plus directement, sur l'atténuation des maladies virulentes. Au cours de leurs recherches admirablement conduites sur le *charbon symptomatique*, Arloing, Cornevin et Thomas inoculèrent le virus à des grenouilles. En quelques heures les microbes se disséminent dans la totalité de l'organisme. Cependant l'animal, réfractaire à la maladie, continue à se bien porter sans que les microbes soient détruits. « Mais, disent ces auteurs, que l'on use d'un artifice : que l'on place la grenouille inoculée dans une étuve à 22 degrés ; les microbes reprennent leur activité et la tuent de la quinzième à la trentième heure. » Voici qui est plus remarquable encore, s'il est possible. Les mêmes auteurs, toujours à propos du charbon bactérien, utilisant la notion classique suivant laquelle jamais les tumeurs emphysémato-gangréneuses spontanées ne se développent chez les bovidés à l'extrémité inférieure des membres ni à la queue, inoculèrent le virus sur la queue de l'animal, à différentes hauteurs. Ils démontrèrent que l'inoculation de doses mêmes considérables faite au voisinage du toupillon ne produit qu'un peu d'engorgement des tissus, donne une fièvre plus ou moins vive et des phénomènes généraux pendant deux jours, après lesquels *l'immunité est acquise à la génisse en expérience*. La cause de pareils résultats si remarquables, et qu'on obtient d'ailleurs aussi avec la péripneumonie des bêtes à cornes, autre maladie infectieuse, est double : d'une part, le tissu conjonctif, terre de prédilection pour le développement de la bactérie anaérobie pathogène est, dans la région de la queue, trop dense, trop peu développé pour permettre la culture rapide et la pullulation suffisante du germe infectieux ; d'autre part la *température de la région est trop basse* pour favoriser le même processus de végétation.

Transportons ces indications précieuses dans le domaine de la pathologie humaine. Ne serait-il pas possible d'accepter, en principe, que la température du corps de l'homme peut jouer un certain rôle dans l'atténuation ou même dans l'avortement de certaines maladies pyrétiques ? Pour ce qui est de la *fièvre typhoïde* ou de la *pneumonie*, par exemple, si rarement graves, et si souvent abortives chez l'enfant, est-il illogique de se demander si dans quelques cas, la pyrexie n'est pas rapidement atténuée par suite d'une réaction fébrile intense, comme on l'observe habituellement chez les jeunes sujets, au début de toute autre maladie ?

Par contre, l'abaissement de la température périphérique d'un membre ou d'un segment de membre n'était-il pas journellement recherché en chirurgie, récemment encore avant la découverte des méthodes antiseptiques, lorsqu'on se trouvait en présence de fractures comminutives graves et de plaies contuses par broiement des membres? Les pansements à l'eau froide s'opposaient souvent avec succès au développement de la septicémie et de l'infection purulente, pyrexies infectieuses qu'on arrivera bientôt, j'espère, à ne plus connaître en chirurgie. Je ne voudrais pas soulever ici une discussion déplacée, mais je ne puis m'empêcher de rappeler en passant que le *tétanos* traumatique a été, à tort ou à raison, rangé par quelques auteurs contemporains parmi les maladies infectieuses communes à l'homme et à certains animaux : qu'on ne l'oublie pas, cette menace d'accidents tétaniques que les traumatismes entraînaient à leur suite n'était-elle pas souvent évitée par les irrigations continues sur les plaies des extrémités dont on abaissait ainsi la température?

D'ailleurs je puis, sans sortir de la pathologie médicale proprement dite, faire remarquer que dans le traitement de la diphthérie par la glace *intus* et *extra*, c'est peut-être par l'hypothermie locale que les succès obtenus par cette médication discutable peuvent s'expliquer. On pourrait semblablement supposer que le traitement de la péritonite aiguë puerpérale par l'application de glace en permanence sur l'abdomen, s'adresse peut-être autant aux éléments microbiens générateurs du pus qu'aux hyperémies inflammatoires progressant dans les anfractuosités de la séreuse.

Je passe sur cette question encore si peu étudiée chez l'homme en dehors de la thérapeutique proprement dite, et j'arrive à un sujet bien digne de fixer l'attention pour ce qui a trait à notre étude circonscrite aux formes abortives des pyrexies. Je veux parler des *portes d'entrée de la maladie*. Il va sans dire que je laisse volontairement de côté le problème ardu de l'origine microbienne ou du développement autochtone des pyrexies (les autotypisations du professeur Peter) : je n'ai pas à résoudre cette question délicate dont l'étude est à peine ébauchée.

Les portes d'entrée peuvent être : la peau ou mieux le *tissu cellulaire*, les *voies digestives*, l'*appareil respiratoire*, les *vaisseaux sanguins*. Dans leurs expériences sur le charbon symptomatique, Arloing, Cornevin et Thomas ont démontré : 1° que l'inoculation du virus dans le

tissu cellulaire, à *dose infinitésimale* produit tantôt des phénomènes nuls, tantôt une maladie légère, fébrile, véritable forme abortive du charbon bactérien qui confère à l'animal l'immunité vaccinale.

2° Que le virus déposé directement dans l'intérieur du système veineux ne donne lieu le plus souvent qu'à une maladie avortée, sans tumeur gazeuse. Pendant trois jours environ il existe de la fièvre caractérisée par des frissons, de la tristesse, de l'inappétence et de l'hyperthermie; après quoi veaux, moutons, chèvres sont vaccinés et sûrement réfractaires aux inoculations virulentes.

3° Que l'inoculation du virus charbonneux dans les voies respiratoires (le tissu cellulaire étant rigoureusement respecté), produit une fièvre abortive, sans *lésions apparentes*, à la suite de laquelle l'animal est vacciné.

On n'a pas pu obtenir les mêmes effets en introduisant le virus par les voies digestives.

Tous ces résultats sont gros de conséquences. Voilà une maladie virulente, contagieuse par excellence, que l'on peut rendre abortive par le choix de la quantité du virus et surtout du terrain d'inoculation. Et cette forme abortive d'une pyrexie redoutable suffit pour vacciner complètement (pendant le laps de temps habituel) l'animal mis en expérience. N'est-il pas rationnel d'admettre que, spontanément, certaines maladies infectieuses se transmettent à telle espèce animale, et en particulier à l'homme, dans des conditions d'inoculation inconsciente mais favorable au point de créer une forme abortive de la maladie générique? Atténuée, la maladie est souvent si légère qu'elle passe inaperçue.

Il est bon de noter que ces formes d'une maladie spécifique rendues abortives par le choix du terrain d'inoculation ne sont pas les seules connues. Mon collègue Charrin, dans ses belles recherches sur la *maladie pyocyannique*, qu'il développe par la culture du *micrococcus pyocyaneus*, est arrivé à des résultats expérimentaux tout à fait comparables aux précédents. Voici, résumée, la note qu'il m'a remise concernant un point encore inédit de son travail sur la maladie pyocyannique :

Lorsqu'on inocule, par *voie intra-veineuse* des lapins avec un demi-centimètre cube de culture du *micrococcus pyocyaneus*, on détermine chez ces animaux l'apparition d'une maladie fébrile, d'une *pyrexie* à type à peu près constant. Voici les principaux symptômes qui caractérisent cette affection : après une incubation de deux

à cinq jours, albuminurie qui va progressant et devient souvent intense, diarrhée survenant vers la période moyenne et à la fin; légère élévation de température, inappétence; poils non soyeux, assez fréquemment des parésies, ou même de la paralysie, rétention d'urine; broncho-pneumonie. Amaigrissement progressif jusqu'à la mort. L'urine placée dans des bouillons de culture y fait apparaître presque toujours la pyocyanine.

La durée de la maladie est de quatre à six jours (forme aiguë) ou plus souvent de douze à vingt jours (forme chronique). La terminaison est la mort, sauf de très rares exceptions.

Si l'on inocule une même quantité de la culture *sous la peau* du flanc, et d'autre part si l'on pratique l'injection intra-veineuse comme précédemment sur des lapins préalablement inoculés dans le tissu cellulaire, on détermine une affection qui, sauf de très rares exceptions se termine par la *guérison*. Les symptômes sont alors : après le même laps de temps d'incubation, albuminurie légère ou moyenne, souvent transitoire; la diarrhée fait toujours défaut; l'élévation thermique est peu sensible, l'inappétence passagère; le poil peut devenir terne pendant quelques jours seulement; on ne voit ni paralysie, ni rétention d'urine, ni broncho-pneumonie... L'urine placée dans des bouillons donne rarement naissance à la pyocyanine.

Ainsi voilà deux maladies fébriles, deux pyrexies, toutes les deux créées par une cause semblable, par une même quantité de virus pénétrant par la même voie d'introduction, agissant sur des animaux de même espèce, avec cette seule différence que les uns sont vaccinés (injection sous-cutanée antérieure) et que les autres ne le sont pas. Les symptômes de la maladie des animaux du premier groupe (vaccinés) sont les mêmes, mais atténués, que ceux du second groupe. Ce qui différencie la maladie des animaux non vaccinés, c'est qu'elle est mortelle et qu'aux symptômes communs plus accusés se surajoutent des symptômes propres (diarrhée, paralysies, broncho-pneumonie), encore ces symptômes propres ne sont-ils pas absolument constants.

N'est-on pas en droit de conclure, en raison des rapports nombreux de ces deux symptomatologies, en raison de l'identité des causes agissant sur des animaux de même poids et de même espèce, que la seconde pyrexie n'est autre que la première qui *avorte* à cause de la modification du terrain et de l'immunité créée par la vaccination?

Les modifications subies par l'organisme tout entier, après ces inoculations qu'on pourrait appeler prophylactiques, si légères en apparence qu'elles ne donnent lieu à aucun trouble appréciable, sont toutefois assez profondes et assez durables pour mettre l'individu dans l'état d'immunité parfaite à l'égard de la forme la plus virulente de la maladie infectieuse. Nous aurons bientôt l'occasion de parler des virus atténués et des vaccinations virulentes, mais n'y a-t-il pas dans les expériences précédentes une vaccination des plus remarquables? la voie d'introduction du virus et le procédé d'atténuation spontanée de la maladie par les propres forces de l'organisme constituent une sécurité pour le sujet et lui confèrent une immunité vaccinale.

Un autre exemple, également inédit, d'un virus devenant vaccin par suite de son introduction dans un appareil déterminé m'est fourni par mon savant ami M. Nocard, professeur à l'école d'Alfort. Je résume sa communication de la façon suivante :

La *péripleumonie* contagieuse est caractérisée au point de vue anatomique par une infiltration considérable du tissu conjonctif interalvéolaire et des sacs lymphatiques périlobulaires. Les cloisons conjonctives du poumon peuvent acquérir jusqu'à dix fois leur épaisseur normale. La quantité de sérosité exsudée est telle qu'un seul lobe hépatisé peut, en une seule nuit, laisser écouler de sa trame plus d'un litre de liquide ambré, transparent, très albumineux.

Ce liquide est extrêmement virulent; inoculé à la lancette ou à la seringue de Pravaz en quantité aussi minime qu'on le suppose, il provoque rapidement, dans le tissu conjonctif sous-cutané, un engorgement énorme, en surface comme en épaisseur, qui entraîne rapidement la mort de l'animal. Cet engorgement est dû à l'exsudation dans les aréoles conjonctives d'une sérosité en tout analogue à celle du poumon et virulente comme elle.

Partout où le tissu cellulaire sous-cutané est abondant et la température locale assez élevée, cet effet désastreux de l'inoculation se reproduit et la mort en est la conséquence ordinaire. Au contraire, à l'extrémité de la queue, le tissu cellulaire est dense, les tissus sont inextensibles, la température locale est relativement très basse. Aussi l'inoculation de la sérosité virulente pratiquée en cette région ne s'accompagne ordinairement que d'une exsudation très limitée, qui reste localisée, entraîne parfois la gangrène du toupillon, mais à la suite de laquelle l'expérience démontre que l'animal possède l'immunité.

Depuis plus de trente ans que l'inoculation de la péripleumonie est pratiquée sur une très large échelle, on n'a pas observé une seule fois que cette inoculation ait provoqué les lésions pulmonaires qui caractérisent la forme naturelle de la maladie. L'animal peut succomber aux progrès continus de l'exsudation interstitielle. J'ai vu souvent de jeunes animaux, inoculés à dessein à l'encolure ou en arrière de l'épaule, mourir avec une infiltration énorme du médiastin antérieur : *jamais* le tissu du poumon ne présente la moindre trace de cette infiltration conjonctive si abondante à son voisinage immédiat.

Un autre fait encore plus difficile à comprendre est le suivant : si l'on inocule avec la sérosité virulente un veau de lait, même dans une région défendue, jamais on ne voit survenir ces engorgements si caractéristiques chez les adultes. La règle est de voir se produire, à la suite de ces inoculations, des lésions inflammatoires généralisées à toutes les gaines synoviales, articulaires ou tendineuses, parfois aussi à certaines séreuses splanchniques, parfois enfin à l'endocarde des orifices ventriculaires ou artériels.

Enfin, si l'on injecte la sérosité virulente dans la trachée d'animaux adultes (procédé d'inoculation qui, dans la *clavelée*, provoque constamment, avec une éruption généralisée, les lésions pulmonaires spécifiques de la maladie), en prenant toutes les précautions nécessaires pour éviter le contact du liquide avec le tissu conjonctif lésé par le passage du trocart capillaire, on ne provoque aucune lésion appréciable du poumon. La température générale ne subit aucune élévation, et cependant l'animal a acquis l'immunité contre la péripleumonie, ainsi qu'en

témoigne : 1^o l'inoculation ultérieure de la sérosité dont la virulence est éprouvée; 2^o ou le séjour prolongé des animaux dans un milieu infecté. (*Expériences encore inédites faites en collaboration avec M. Mollereau.*)

Les exemples qui précèdent démontreraient, s'il était nécessaire, l'intérêt qu'offre l'étude des voies d'introduction de la maladie infectieuse. Mais à côté de cette notion importante, combien d'autres questions subsidiaires qui gravitent tout à l'entour et sollicitent les investigations? Je craindrais de m'éloigner de mon sujet en reprenant, par exemple, le problème du rapport des traumatismes avec le développement des maladies infectieuses, et cependant, même au strict point de vue des pyrexies abortives, n'a-t-on pas pu avancer que la fièvre urétrale consécutive au simple cathétérisme du canal n'était autre chose qu'une forme abortive de la septicémie urineuse? Ne pourrait-on pas faire rentrer dans le même ordre d'idées l'expérience que rapportait récemment M. Bouchard dans une des dernières séances de la Société clinique de Paris? Injection sous-cutanée d'une certaine quantité d'eau sucrée ou d'urine normale contenant les microbes habituels, vulgaires et indifférents; distension considérable du tissu cellulaire favorisant, si elle ne la détermine pas, l'éclosion d'une maladie infectieuse; en somme la question soulevée des *microbes indifférents rendus pathogènes* dans certaines conditions traumatiques déterminées.

Chez l'homme, la question des portes d'entrée de la maladie est plus complexe encore, les voies d'introduction étant moins apparentes. En outre, la dose du poison est absolument inconnue. Ajoutons encore à tous ces desiderata la certitude où l'on est aujourd'hui, depuis les travaux de M. Bouchard et de ses élèves, de l'incessante formation de réactions chimiques successivement imposées aux virus dans l'intimité de l'organisme. Rappelons enfin les produits de la sécrétion des microbes pathogènes, produits qui, comme la pyocyanine, peuvent ne pas être toxiques pour les tissus où ils stagnent en attendant leur élimination par les émonctoires.

On le voit par ce qui précède, plus on pénètre dans le détail de toutes ces questions encore à l'étude et plus les difficultés semblent s'accumuler, plus l'esprit aperçoit reculées les limites du champ possible des notions pathologiques.

Arrivons maintenant au rôle de l'*âge* dans la détermination abortive

des maladies infectieuses. S'il est vrai que l'homme, dans sa jeunesse, résiste énergiquement à certaines pyrexies, la fièvre typhoïde par exemple dont il atténue d'ordinaire la symptomatologie au point de la rendre parfois méconnaissable, l'inverse s'observe dans la pathologie vétérinaire, entre autres dans la maladie des chiens. Cette affection dont la nature varioleuse, soupçonnée jadis par Viborg, a été expérimentalement démontrée par Trasbot, frappe avec la plus grande rigueur les jeunes chiens dont la mortalité est, de son fait, si fréquente, tandis que les chiens adultes vaccinés, par le tribut payé dans leur enfance, y sont régulièrement réfractaires.

Arloing, Cornevin et Thomas ont confirmé, par leurs expériences sur le charbon symptomatique, la notion courante de l'immunité des jeunes veaux encore à la mamelle ou sevrés depuis peu. Cette immunité s'étend du jour de la naissance jusqu'au cinquième mois. Nocard, comme nous l'avons vu plus haut, a démontré la même immunité pour la péripneumonie du gros bétail, avec cette différence toutefois que l'inoculation de la péripneumonie faite chez les veaux de lait leur donnerait régulièrement une sorte de *rhumatisme articulaire aigu* généralisé, infectieux, compliqué parfois de lésions pleurales, péricardiques ou endocardiques, ces dernières pouvant être généralisées aux quatre orifices du cœur. Pour Arloing et ses collaborateurs, deux raisons peuvent expliquer l'immunité des jeunes animaux nouveau-nés : en premier lieu, l'alimentation spéciale à laquelle ils sont encore soumis (ce qui fait d'eux, en quelque sorte, des *carnivores* pendant qu'ils sont à la mamelle et même au moment du sevrage, époque à laquelle ils se nourrissent aux dépens de leur propre substance); en second lieu, l'immunité leur peut avoir été conférée par suite d'un « legs héréditaire, transmis par une mère jouissant elle-même de l'immunité ». Nous touchons ici à un sujet, *la vaccination congénitale*, qui mérite quelques remarques que nous lui consacrons plus loin, à propos de l'influence de la grossesse sur l'atténuation des maladies infectieuses transmises au fœtus.

A un âge plus avancé, quand les bovidés ont atteint leur quatrième année ils ne contractent plus le charbon symptomatique. Mais, comme l'ont encore bien prouvé Arloing et ses collaborateurs, cette immunité n'appartient qu'aux animaux adultes élevés dans les localités où règne endémiquement le charbon bactérien. En Algérie, par exemple, où les animaux séjournent trop peu de temps chez les éleveurs, passant des

plateaux au littoral maritime, le charbon fait de nombreuses victimes à tous les âges. La vérité est que, chez nous, les bœufs adultes, réfractaires, qui vivent dans un milieu infecté, ont été insensiblement vaccinés, s'inoculant lentement des doses du virus qui leur assureront plus tard l'immunité.

Ne trouvons-nous pas le même phénomène dans ces formes lentes et légères du typhus des armées que Jacquot (1) a décrites sous le terme de *typhisation à petite dose*? quand il dit que « bon nombre de médecins sont arrivés, par cette typhisation à petite dose, à une sorte d'assuétude, de tolérance, de saturation typhique insensible... » Ne suit-on pas là le développement d'une maladie infectieuse expérimentale, inoculée spontanément dans un milieu épidémique? La seule différence apparente est dans les faits où ce typhus à petite dose se terminait par une attaque de typhus formidable qui enlevait rapidement le médecin, la sœur ou l'aumônier : la dose introduite par les voies perméables de l'organisme avait été trop forte, à un moment donné, et la vaccination spontanée brusquement arrêtée.

L'imprégnation progressive, à petites doses, de l'organisme vivant placé chaque jour dans un milieu contagieux, épidémique, constitue une vérité nosologique déjà universellement acceptée avant qu'on connût la biologie des microbes et les faits de pathologie comparée auxquels nous avons fait allusion plus haut. Cette question si curieuse de l'acclimatement dans un foyer infecté se pose, depuis des siècles, dès le jour où des maladies contagieuses furent accumulées dans un espace circonscrit et plus ou moins hermétiquement fermé. Le personnel des hôpitaux est, proportionnellement, moins décimé par les pyrexies infectieuses que telle autre classe de la population des villes. La diphthérie, par exemple, dont la contagiosité est peut-être la plus élevée, la diphthérie, qui aime les jeunes, frappe rarement, quoique trop souvent encore, les élèves en médecine. N'a-t-on pas le droit de croire, ici également, à l'acclimatement progressif? Il serait instructif de rechercher si, pendant les mois qu'ils passent dans les services infectés, les étudiants et surtout les internes des hôpitaux qui y séjournent de longues heures, matin et soir, n'offrent pas quelques signes légers, rapidement éteints, de l'infection, traces d'une vaccination inconsciente et peut-être prophylactique.

(1) FÉLIX JACQUOT. — *Du typhus de l'armée d'Orient*. Paris 1858.

Les mêmes réflexions pourraient être appliquées à l'étude d'autres maladies infectieuses, la fièvre typhoïde par exemple. C'est bien pour cette pyrexie que la question de l'acclimatement mériterait d'être sérieusement étudiée au point de vue de la fréquence ou de la rareté de ses formes abortives. Sans doute, on objectera à l'opinion, bien admissible cependant, de l'influence favorable exercée par le milieu nosocomial sur les jeunes générations d'élèves en médecine qui se renouvellent chaque année dans nos services hospitaliers de Paris, les cas déplorables et relativement fréquents de jeunes gens succombant aux formes les plus graves de la fièvre typhoïde contractée *peut-être* à l'hôpital. Mais, d'une part, la contagiosité de la fièvre typhoïde ne se manifeste pas d'ordinaire d'une façon aussi évidente, et, de l'autre, la plupart de ces victimes, dont les noms sont sur toutes les lèvres, étaient des étrangers à la ville de Paris, des individus transplantés de la province, en pleine période d'acclimatement depuis un nombre d'années souvent restreint : ce n'étaient que bien rarement des autochtones, c'est-à-dire des habitants déjà imprégnés depuis longtemps par la dose quotidienne de miasmes dévolue à chaque habitant de Paris. Aussi, pour quelques observations de victimes du devoir professionnel succombant à l'action délétère du milieu nosocomial, combien d'autres qui résistent aux mêmes influences, sans en souffrir ou en se libérant au prix d'une fébricule typhoïde abortive, ou d'une fièvre rémittente gastrique, d'une rougeole ou d'une scarlatine atténuée, ou enfin d'une angine herpétique suspecte, autant de pyrexies légères, souvent bâtarde, qui ont peut-être joué le rôle de vaccinations en conférant l'immunité, réserve faite, bien entendu, pour la diphthérie.

Arrivons à la question d'hérédité. Quelle influence peut avoir une pyrexie maternelle au point de vue des pyrexies ultérieures qui attaqueront l'enfant? La maladie de la mère confère-t-elle une immunité absolue ou relative au produit de la conception? En d'autres termes, l'enfant est-il vacciné et parfaitement réfractaire à la même maladie, ou bien ne bénéficiera-t-il que partiellement de la maladie maternelle dont il aura plus ou moins ressenti les atteintes *in utero*? Dans ce second cas, il aurait droit, plus que quiconque, aux formes abortives de la même maladie.

Sydenham avait déjà signalé la possibilité pour l'enfant, né d'une

mère ayant eu la variole pendant sa grossesse, d'échapper à la variole grave et de ne faire qu'une maladie légère et bénigne.

Voyons ce que disent les expériences pratiquées au point de vue de la transmission des virus de la mère au fœtus. Le charbon bactérien, comme l'ont prouvé les recherches de Brauell, Davaine, Bollinger, Straus et Chamberland, Chambrelent, ne traverse pas la barrière placentaire et par conséquent ne confère pas l'immunité au produit de la conception.

Il en est tout autrement pour d'autres virus. Ainsi, le choléra des poules qui inoculé à un lapin femelle le tue, traverse le placenta et va atteindre le fœtus, comme l'ont prouvé les expériences de MM. Straus et Chamberland, et celles du docteur Chambrelent. Pour le charbon symptomatique : Arloing, Cornevin et Thomas, Straus et Chamberland, ont retrouvé dans le liquide amniotique et dans le fœtus les bactéries mobiles caractéristiques. Conséquence pratique d'un grand intérêt : les génisses vaccinées du charbon bactérien, mettent au jour des veaux réfractaires à la maladie pour une durée de dix-huit mois environ.

En pathologie humaine, on sait que la syphilis maternelle est transmise au fœtus ; toutefois on ne connaît peut-être pas encore assez positivement l'immunité que pourrait accorder à l'enfant la syphilis déjà ancienne de ses ascendants.

Quand la variole maternelle n'a pas déterminé l'accouchement prématuré si fréquent, surtout au début de la grossesse, deux cas se présentent : l'enfant vient au monde variolisé, ce qui est très rare (1), ou bien il n'offre aucune trace de la pyrexie éruptive. Dans cette dernière hypothèse, l'enfant de la femme varioleuse est-il réfractaire à la maladie éruptive, comme l'est à la maladie emphysémato-gangréneuse le jeune veau né d'une génisse vaccinée contre le charbon bactérien ? Une belle observation due à mon collègue le docteur Desnos (Société médicale des hôpitaux, 1871), semble plaider en ce sens : trois vaccinations jennériennes infructueuses furent tentées sur l'enfant nouveau-né d'une femme atteinte de variole grave à la fin de sa grossesse. Le docteur Chambrelent en rapporte un cas identique. Toutefois en oppo-

(1) Cas de Curschmann, de M. Charcot (1851, Société de biologie), de M. Bailly (1853 *ibid.*), de Teissier, de Fumée de Montpellier, de Depaul (Académie de médecine, 1880), de Devilliers, de Blot, etc... Voyez Toussaint Barthélémy (*Variole*, thèse de Paris, 1880).

sition à ces observations, on rencontre des faits dans lesquels les enfants de femmes varioleuses n'étaient aucunement réfractaires à la vaccine.

Ceci m'amène à parler de la vaccination intra-utérine ou *vaccination congénitale*. Nous avons vu qu'en pathologie comparée, l'immunité vaccinale était acquise aux veaux nés de génisses inoculées avec le virus du charbon bactérien. De même pour la variolisation des brebis. Rikett et Roloffs ayant inoculé sept cents brebis arrivées à la fin de la gestation, trouvèrent tous les petits réfractaires à la vaccine de sheep-pox ; l'expérience inverse confirma la première en montrant le succès d'une inoculation de la lymphé vaccinale à trente-six agneaux dont les mères n'avaient pas été variolisées.

Les recherches de Burkhardt (*Revue d'hygiène et de police sanitaires*, 1880) et de Chambrelent donnent à penser que souvent la vaccine jennérienne échoue sur les enfants nouveau-nés de femmes ayant été revaccinées avec succès vers la fin de la grossesse.

Il y aurait encore un point curieux à élucider : ce serait de savoir si le vaccin maternel ayant conféré l'immunité au nouvel être, cette immunité pourrait s'étendre à une autre pyrexie. Nous verrons, dans un instant, certains vaccins jouant par rapport à d'autres maladies infectieuses qui sont d'une autre nature un rôle antagoniste, prophylactique au vrai sens du mot. En serait-il de même chez l'enfant ayant bénéficié de la vaccination congénitale ? question qu'il m'est impossible d'aborder faute de documents suffisants.

Pour ne rester que sur le terrain de la variole, il serait d'un haut intérêt de connaître l'avenir de ces enfants vaccinés pour ainsi dire pendant leur vie intra-utérine ? combien de temps sont-ils réfractaires à la vaccine ? et quand la vaccine prend sur eux quels caractères offre-t-elle ?

Plus nous avançons dans cette étude de pathogénie et d'étiologie, plus les problèmes s'accumulent, plus les questions se pressent, plus on trouve en un mot de lacunes et d'obscurités. Quand cette étude, insuffisante et incomplète, ne servirait qu'à solliciter les recherches, il n'y aurait pas à regretter de l'avoir tentée.

III

Laissant de côté pour un moment toutes les questions d'étiologie générale que nous placerons à la fin de cette première partie, nous

allons consacrer quelques pages à l'étude rapide du rôle des microbes dans la pathogénie des formes abortives des pyrexies.

Trois points surtout doivent fixer notre attention : 1^o la question de l'*antagonisme* de certains microbes pathogènes à l'égard d'autres micro-organismes ; 2^o celle de l'*atténuation des virus* et, par suite, des maladies infectieuses ; 3^o enfin l'importance des *vaccins* au point de vue de la prophylaxie des maladies d'origine bactérienne.

MICROBES ANTAGONISTES. — Si, comme le prétendent encore aujourd'hui la plupart des expérimentateurs, la vaccine jennérienne, le horse-pox, est une maladie spécifique, absolument distincte de la variole dans laquelle elle ne se fond jamais, quelque variée que soit la série des vaccinations ou des variolisations successives, un des plus curieux phénomènes de la bactériologie se trouve par cela même résolu ; il compte à son actif des *millions* de faits. La vaccine protège contre la variole ; or, si la vaccine n'est pas une variole modifiée, défigurée par son long passage à travers les organismes des quadrupèdes vaccinifères, son action peut s'expliquer par l'une des deux hypothèses suivantes proposées par les auteurs : l'*épuisement* ou l'*antidote*, l'une et l'autre également passives d'objections graves, selon la judicieuse remarque du docteur Vinay (1). Dans la première opinion ce serait par la consommation et la destruction de telles ou telles substances nécessaires à leur nutrition que les micro-organismes pathogènes rendent l'économie réfractaire à la culture de nouveaux éléments virulents. Il n'y aurait plus d'ensemencement possible. M. Pasteur compare cet état fonctionnel à ce qui se produit lors des cultures pures *in vitro*, quand le liquide de culture a été épuisé par la végétation microbienne.

La théorie de l'antidote fournit une explication toute différente, qui trouverait sans doute un précieux appui dans les nouvelles recherches du professeur Gautier sur les leucomaïnes (2). D'après cette théorie, appliquée par M. Chauveau au vaccin du charbon bactérien, les microbes pathogènes donneraient naissance dans l'intimité de l'organisme à des substances chimiques qui deviennent un poison pour eux. Que ces substances résultent d'une véritable excrétion bactérienne, ou

(1) VINAY. — Incubation de la variole. (*Revue de médecine*, octobre, novembre et décembre 1884.)

(2) A. GAUTIER. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, janvier et février 1886.

qu'elles proviennent de transmutations et de dédoublements chimiques effectués dans le milieu intérieur par suite de l'action de présence des microbes, peu importe puisque le résultat serait, dans un cas comme dans l'autre, la formation de produits véritablement antiseptiques, agents hostiles au développement de nouvelles colonies microbiennes.

On retrouve ces deux théories à propos de tous les vaccins récemment isolés par les recherches bactériologiques. Pour ce qui est de la vaccine jennérienne dans ses rapports avec la variole, l'expérience de près d'un siècle a démontré que l'inoculation vaccinale faite à temps empêche le développement de la variole. La loi établie par Herpin est toujours vraie : l'influence vaccinale subie par la variole est proportionnelle au nombre de jours écoulés depuis la vaccination. Avant le cinquième jour, la variole se développe sans modification appréciable ; du cinquième au huitième jour exclusivement, l'influence vaccinale apparaît déjà légère, enfin à partir du huitième jour qui suit la vaccination, la variole est profondément modifiée ; elle devient abortive, en ce sens que l'éruption ne suppure pas ; nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet. Qu'il nous suffise d'énoncer que la vaccine peut, comme toute maladie infectieuse, être latente, fruste, ne se traduisant que par quelques phénomènes généraux et par l'immunité vaccinale aussi bien que variolique, accordée au sujet. C'est ce que sont arrivés à obtenir les expérimentateurs en inoculant aux animaux le virus dans le tissu cellulaire sous-cutané. Chez l'enfant on a vu des cas pareils alors qu'il s'agissait d'inoculation sous-épidermique. Tous les auteurs se plaisent à rappeler le cas de vaccine latente observé par Tréluyer (de Nantes), cas relaté par Bousquet dans son *Traité de la Vaccine* : soixante enfants sont vaccinés, aucun d'eux n'a d'éruption vaccinale ; tous ont de la fièvre vers le huitième jour, et tous sont rendus réfractaires au vaccin et à la variolisation même. La pustulation vaccinale n'est donc, en somme, qu'un des résultats apparents de la pyrexie expérimentale obtenue chez l'homme et les animaux vaccinifères ; c'est une preuve incontestable de la réussite de l'opération, mais son absence n'est pas synonyme d'insuccès. N'en est-il pas de même d'ailleurs pour les vaccins bactériens qui peuvent ne révéler leur éclosion par aucun symptôme ? Toutefois, de même que toute autre pyrexie, la vaccine peut être abortive, en ce sens que la durée de l'immunité vaccinale n'étant pas rigoureusement déterminée, et semblant variable pour certains individus et peut-être aussi pour certains vaccins diversement

cultivés, une revaccination peut être tentée trop tôt et ne donner lieu qu'à une vaccine bâtarde, fausse vaccine, vaccinelle, vaccine avortée dont nous n'avons pas à tracer ici le tableau. D'autre part, le pouvoir virulent du vaccin peut être affaibli, s'il est de mauvaise provenance, et la vaccine s'esquisser à peine. Ces vaccinations incomplètes ne protègent pas contre la variole, contrairement à l'inoculation de certaines maladies virulentes atténuées qui, comme nous l'avons vu précédemment, mettent l'organisme dans l'immunité la plus complète. Il y a même là, pour le dire en passant, un argument valable en faveur de l'origine différente des deux virus, le vaccinal et le varioleux. Il est donc bien probable que vaccine et variole sont deux maladies distinctes, peut-être d'une même famille originelle, mais d'une parenté si éloignée, si ancienne en tout cas, qu'actuellement la confusion n'est plus possible. Le horse-pox a sans doute subi, dans son long séjour sur l'espèce chevaline, des cultures successives si nombreuses qu'il a pris droit de naturalisation et de spécificité dans la famille des maladies infectieuses communes à l'homme et aux animaux. Si la vaccine, ainsi comprise, était une variole dégénérée, il faut avouer qu'elle constituerait la pyrexie abortive par excellence, la maladie atténuée idéale qui, légère et toujours bénigne, confère l'immunité.

Qu'on ne croie pas que la vaccine soit le seul exemple de maladie virulente antagoniste d'une autre pyrexie infectieuse. Dans la médecine comparée, on connaît d'autres faits analogues. C'est ainsi que la poule vaccinée du choléra avec succès devient, comme l'a montré M. Pasteur, absolument réfractaire au charbon.

De même aussi Semmer (de Dorpat), inoculant des lapins avec du sang septique contenant des bactériidies infectieuses, mais chauffé à 55 degrés (selon la méthode de Toussaint pour l'atténuation des virus), constate qu'après l'injection du liquide septique dans le tissu cellulaire, l'animal ne succombe pas, et qu'en outre il est devenu réfractaire au charbon et à d'autres liquides infectieux provenant d'animaux morts de gangrène ou de typhus. Voilà donc encore un bel exemple de maladie bactérienne vaccinifiée et conférant au patient une immunité multiple.

Chez l'homme, en dehors de la vaccine jennérienne, la recherche de maladies infectieuses antagonistes d'autres maladies virulentes n'est pas encore très avancée, on s'est bien plutôt occupé de noter la succession ou la coïncidence chez le même sujet de plusieurs pyrexies

ou maladies infectieuses, que de savoir si telle fièvre, loin de prédisposer le patient à telle autre fièvre, ne le met pas à l'abri d'une série d'autres maladies générales. On sait par exemple que tout individu accessible à la vaccine, lorsqu'il est atteint d'une maladie aiguë, peut être vacciné avec succès, quelle que soit d'ailleurs la pyrexie dont il est atteint, dothiéntérie, pneumonie, rhumatisme aigu, tuberculose miliaire aiguë, fièvre éruptive; et l'on ne doit même pas en exclure la variole, puisque la vaccine peut prendre pendant l'incubation de la variole. On remarquera donc que l'antagonisme avéré de la vaccine, eu égard à la variole, ne comporte pas la réciprocité. Les expériences de Woodville, Leroux, Bousquet, Rayer, Hérard, Tardieu, Trousseau, d'Espine et de tant d'autres, l'ont définitivement établi. Quant aux autres pyrexies, elles peuvent se développer simultanément sur le même malade; je ne sache pas qu'on ait démontré l'antagonisme *absolu* de deux fièvres. Sans doute, pour prendre un exemple, la variole est rare chez les convalescents de fièvre typhoïde, le docteur Barthélemy n'en signale que trois cas dans son travail sur la variole. L'érysipèle qui est bien un type de maladie infectieuse, n'aime pas la variole: il ne se développe guère qu'au déclin de cette maladie, quand la suppuration est terminée ou pendant la dessication (Cavarré). D'une façon générale on peut dire, avec le docteur Bez, qui a étudié tout spécialement les pyrexies multiples développées sur le même malade, que le plus souvent deux ou plusieurs pyrexies simultanées présentent une évolution indépendante. C'est ainsi que la scarlatine ou la rougeole survenant dans le cours de la variole, retardent peut-être la suppuration, mais en tout cas ne font pas avorter la maladie. Toutefois Taupin, il y a bientôt un demi-siècle (1), signalait déjà l'influence favorable de la fièvre typhoïde sur la marche des fièvres éruptives. La même action favorable et par conséquent peut-être antagoniste de la dothiéntérie serait vraie pour la variole et pour la scarlatine (Bez).

Resterait encore à rechercher l'action antagoniste possible des maladies chroniques réputées infectieuses, comme la tuberculose, sur le développement des pyrexies. Si l'érysipèle qui apparaît chez des tuberculeux cachectiques est souvent bénin, très circonscrit, abortif au vrai sens du terme, ne peut-on pas expliquer ce fait par la faiblesse extrême d'un organisme profondément altéré? Toutefois, il me paraît intéres-

(1) TAUPIN. — *Journal des Connaissances médicales*, 1839.

sant de noter ici une remarque faite depuis longtemps par M. le professeur Bernheim. Il n'a jamais vu la fièvre typhoïde se développer chez des malades atteints de tuberculose en évolution (communication orale). Mais la réciprocité n'existe pas et les faits bien avérés de tuberculose miliaire aiguë éclatant dans la convalescence de la fièvre typhoïde ne doivent pas être opposés à la remarque précédente. En somme, les quelques indications qui viennent d'être données méritaient bien de fixer l'attention un instant.

L'*atténuation des virus* constitue un des chapitres les plus intéressants de la bactériologie. L'*atténuation expérimentale* ouvre des horizons nouveaux à la pathologie et permet de rechercher les traces de l'*atténuation spontanée* des maladies infectieuses. Aujourd'hui qu'il est bien démontré que le choléra des poules, pour ne prendre qu'un exemple, s'atténue progressivement quand la culture pure du microbe reste exposée à l'action de l'oxygène, il est logique de penser qu'il en est sans doute de même pour les microbes des maladies épidémiques. Logiquement, toute épidémie qui s'éteint, donnant naissance à des formes légères ou abortives de la maladie qui deviennent de plus en plus nombreuses, est une maladie virulente qui s'atténue et qui cependant, pour certains cas du moins (fièvre typhoïde, variole, etc.), confère incontestablement à ses victimes, quoique peu touchées, l'immunité vaccinale.

Il n'y a pas que l'oxygène pour atténuer les virus. Les belles recherches de M. Toussaint, puis de MM. Roux et Chamberland, de M. Pasteur et de M. Chauveau, sur l'atténuation du virus charbonneux, ont démontré que l'action de la chaleur appliquée aux cultures pures de la bactérie de Davaine constitue également un excellent procédé d'atténuation expérimentale. Or, détail d'une importance capitale, ces microbes atténués sont susceptibles de faire souche, et leurs descendance sont également atténuées. Voilà donc pour une maladie donnée, un vaccin spécifique, qui produira, expérimentalement il est vrai pour le cas actuel, une maladie charbonneuse abortive, exactement comme le microbe anaérobie du charbon symptomatique chauffé à 100 degrés ou même à 85 degrés produira une maladie légère qui aura pour résultat de rendre l'animal réfractaire à la contagion. Un exemple pris dans le monde des fermentations proprement dites, mais bien explicite, est le suivant : Fitz traite le *Bacillus butyricus*, agent de la fermentation

butyrique, par la chaleur élevée (90 degrés pendant cinq heures, ou 80 degrés pendant sept heures). Au bout de ce temps, les bacilles, qui n'ont pas perdu la faculté de se reproduire, sont devenus incapables de donner lieu à la fermentation butyrique.

Les mêmes réflexions, un peu théoriques peut-être, mais bien défendables, viennent à l'esprit en face de ces résultats expérimentaux si curieux. Qui pourra saisir et démontrer les modifications successives et les transformations subies par les germes morbigènes des maladies infectieuses de l'homme à travers le temps et à travers l'espace? L'oxygène de l'air a-t-il, dans certaines conditions que nous ne pouvons déterminer faute d'éléments suffisants, le pouvoir d'atténuer la vitalité de telle ou telle pyrexie, qui traduit alors sa faiblesse en ne donnant naissance qu'à une forme abortive?

En outre, dans cette question si neuve encore des virus atténués, il est d'autres points dont l'importance grandit chaque jour davantage. Je ne m'étendrai pas sur l'atténuation du pouvoir virulent d'une espèce microbienne par la dessiccation à l'air (Koch), par l'action antiseptique de certaines substances (traitement de la bactériidie charbonneuse par l'acide phénique, de la bactérie du charbon symptomatique par le nitrate d'argent ou par le sublimé, etc.), mais je me permettrai de rappeler un autre mode d'atténuation qui se produit spontanément dans le règne animal : je veux parler de la transformation progressive d'une maladie virulente et de son affaiblissement vaccinal, par suite de son passage d'une espèce animale à une autre espèce. Le microbe du rouget du porc, décrit par Klein le premier (érysipèle malin, fièvre entérique, pneumo-entérite, choléra des pores), peut se transformer en vaccin à condition de passer pendant un certain temps dans un organisme autre que celui du porc. C'est ainsi que Pasteur et Thuillier (1) découvrirent l'atténuation de ce virus en le cultivant dans le sang du lapin. Les microcoques ainsi préparés sont devenus plus gros, ont pris la forme de huit, et inoculés à un porc sain, lui donnèrent un rouget abortif qui conféra l'immunité. Par contre, et ceci montre combien de difficultés entourent la question de ce procédé d'atténuation, les mêmes micro-organismes du rouget inoculés à des pigeons en série acquirent progressivement une virulence de plus en plus grande; de

(1) Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1883; t. XCVII.

telle sorte que le virus du rouget deviendrait vaccin en passant par le lapin, et virus extrêmement actif en se cultivant dans le pigeon. Il est juste de remarquer que Klein est arrivé à des résultats négatifs dans ses essais de culture sur le pigeon. En tout cas, on est en droit d'espérer sérieusement que le transport d'une maladie virulente d'une espèce animale à une autre pourra sans doute éclairer un jour la pathogénie des maladies atténuées.

On sait que la variolisation des bovidés inoculés avec la variole humaine donne régulièrement aux animaux une maladie éruptive légère, que de nombreux auteurs, depuis Thiéle (1836) et Ceely (1840) jusqu'au regretté Depaul se sont efforcés d'identifier à la vaccine. On sait que cette vaccine-variole transportée sur l'homme donne la variole, et si la grande expérience de Thiéle peut servir d'argument en faveur de la bénignité de cette variolisation, les faits graves rapportés par M. Chauveau au nom de la commission lyonnaise retardent l'espérance qu'on pourrait concevoir de créer une variole atténuée par son passage à travers l'espèce bovine, et de la rendre régulièrement abortive.

Dans cet ordre d'idées, le champ à parcourir est vaste et la route est toute tracée depuis les recherches de M. Pasteur sur le vaccin de la rage (1884). Avant de connaître l'élément organisé, germe de cette maladie infectieuse, M. Pasteur a découvert le procédé d'atténuation propre à faire de la substance cérébrale rabique du chien un moyen de vaccin pour le chien. Pour cela il suffit de cultiver d'abord dans le cerveau d'un lapin le virus provenant d'un cerveau de chien enragé, puis de passer du lapin au singe où le virus s'atténue et devient vaccin ; car les chiens inoculés avec le virus provenant de cette double culture deviennent réfractaires à la rage. Ainsi, c'est par le passage à travers deux organismes étrangers que le virus rabique pourra devenir vaccin.

On résout donc expérimentalement ce qui était un mythe en pathologie humaine, la rage avortée. Les communications récentes de M. Pasteur à l'Académie des sciences permettront sans doute bientôt de décrire la rage abortive de l'homme. L'inoculation à l'homme, après morsure par un chien enragé, du virus provenant de moelles épinières de lapins rabiques le mettrait, fait en apparence paradoxal, à l'abri de la rage. Or, rien n'est paradoxal en pathologie expérimentale, et les faits les plus étranges une fois bien établis sont indiscutables, quitte pour la théorie à en fournir ultérieurement l'explication. Citons celle

de M. Pasteur, qu'il énonce du reste sous toutes réserves : « Se pourrait-il que ce qui constitue le virus rabique soit formé de deux substances distinctes, et qu'à côté de celle qui est vivante, capable de pulluler dans le système nerveux, il y en ait une autre, non vivante, ayant la faculté, quand elle est en proportion convenable, d'arrêter le développement de la première ? »

Je craindrais de m'éloigner de mon sujet, si j'insistais plus longtemps sur cette curieuse question, la modification d'un virus par son séjour dans un ou plusieurs organismes plus ou moins éloignés de celui de l'espèce animale devenue, par la suite de temps, terre de prédilection de la maladie. Car, il faut bien le remarquer, la rage n'est pas spéciale au chien et à l'homme, mais c'est l'espèce canine qui lui sert le mieux de terrain de culture.

LES VACCINS. — J'arrive maintenant à dire quelques mots de la question des vaccins, eu égard à ses rapports avec les formes atténuées, abortives des maladies infectieuses. J'ai déjà, chemin faisant, touché plusieurs fois à ce sujet qu'il serait difficile d'épuiser et qui d'ailleurs n'offre que des points de contact éloignés avec l'étude qui m'est imposée. Il va sans dire que si un vaccin quelconque inoculé à un animal vivant lui confère l'immunité contre telle maladie sans produire aucun phénomène réactionnel, l'organisme restant intact, on ne peut pas prétendre que la maladie infectieuse avorte sur lui : elle ne paraît même pas. Toutefois, il est bon de noter ceci : les vaccins, considérés d'une manière générale, sont absolument différents au point de vue de leur action. On ne saurait en effet comparer la vaccine jennérienne, pyrexie infectieuse abortive par excellence, pratiquée avec succès comme prophylactique d'une maladie qui lui est étrangère, la variole, à la variolisation expérimentale qui est une variole atténuée le plus souvent. Les vaccins du choléra des poules, du charbon bactérien et du charbon symptomatique, le vaccin de la péripneumonie sont, comme la variolisation, des maladies identiques à celles dont elles doivent préserver, mais elles sont atténuées ou abortives : elles confèrent, eu égard aux formes mortelles des maladies contre lesquelles on les emploie, une sorte d'immunité comparable à celle de la vaccine jennérienne par rapport à la variole.

Dans un premier groupe de vaccins proprement dits rentrerait donc, jusqu'à plus ample informé, la vaccine jennérienne ; dans le

second groupe se rangeraient tous les virus atténués rendant les inoculés réfractaires aux maladies d'où ces virus-vaccins dérivent. Enfin il serait bon de placer dans un groupe à part, les inoculations non plus prophylactiques mais bien thérapeutiques, les faits de rage inoculée à des individus mordus par un animal rabique. Cette médication conférerait l'immunité à l'homme accidentellement inoculé de la rage canine et traité par le virus de la rage du lapin pris dans la moelle exposée à l'air sec pendant un temps donné.

Comme on le comprend par ce court aperçu, la question des vaccins est aussi complexe que possible. Pour l'homme, on n'a guère employé jusqu'à ce jour que la vaccination préventive : vaccine jennérienne et variolisation. Toutefois, il y a bientôt trois ans, M. Stickler, étudiant une affection considérée par certains vétérinaires comme la scarlatine du cheval, inocula d'autres animaux (lapins et chiens) avec le mucus nasal provenant de chevaux scarlatineux. Après quelques jours de malaise ces animaux qui avaient présenté une éruption scarlatiniforme, étaient devenus réfractaires à l'inoculation du sang pris à des hommes en pleine éruption de scarlatine. Encouragé par ces résultats bien discutables, M. Stickler pratiqua la même série d'expériences sur douze hommes, enfants ou adultes, auxquels il aurait ainsi conféré l'immunité scarlatineuse, comme il le démontrait ultérieurement par des inoculations sous-cutanées de sang scarlatineux. (*The medical Record*, mars 1883.)

Quelle que soit la valeur de ces expériences qui demanderaient à être confirmées ou infirmées, il n'en reste pas moins acquis en pathologie comparée :

1° Que les vaccinations peuvent être prophylactiques ou thérapeutiques;

2° Que la vaccination peut se faire volontairement ou accidentellement, et que parmi ces dernières, les vaccinations inconscientes, insensibles ou même latentes ne sont pas rares; on les retrouve d'ailleurs également dans la pathologie humaine (typhus levis, typhisation à doses répétées, formes abortives des maladies infectieuses chez les personnes acclimatées dans un centre d'infection, etc.);

3° Que le mode d'action de tous ces vaccins et de ces vaccinations, tout en tenant compte de la quantité du virus inoculé, de sa qualité, des voies d'introduction, ne peut s'expliquer que par l'épuisement du terrain inoculé ou par la théorie de l'antidote, produit du microbe

lui-même dans le milieu intérieur, peut-être même par les deux théories à la fois;

4° Enfin que la durée courte en général de l'immunité ainsi produite, est suffisante pour les espèces animales qui entrent dans l'alimentation.

Pour l'homme, chez lequel un trop grand nombre de maladies infectieuses peuvent récidiver une et même plusieurs fois, la question des vaccins se complique encore de celle des dangers de vaccinations impures. Est-il besoin de rappeler les trop nombreux faits de variolisation ou de syphilisation pratiquée à l'aide de vaccin paraissant légitime? Aussi, que de recherches sont encore nécessaires, que d'épreuves expérimentales à tenter sur les animaux, avant que la médecine humaine entre hardiment sur le terrain des vaccinations préventives! mais combien aussi sont louables les tentatives, combien justifiés les efforts, même infructueux, quand on songe que le but à atteindre est à la fois la prophylaxie effective et la jugulation des maladies infectieuses!

IV

Les indications résumées brièvement dans les pages qui précèdent vont nous servir à débayer quelque peu le terrain de l'*étiologie générale* des *fièvres abortives*. Pourquoi donc une pyrexie avorte-t-elle avant le terme moyen de durée qui lui est assigné par la pathologie?

En première ligne se présente la question de l'*influence épidémique*. Il est certain que telle épidémie est légère, telle autre très meurtrière sans qu'en général on puisse logiquement en indiquer les raisons. Un travail de statistique bien fait à cet égard pourrait fournir, pour la fièvre typhoïde par exemple, des renseignements très instructifs, le temps m'a manqué pour l'entreprendre. La plupart des auteurs admettent volontiers que les fins d'épidémie ou de recrudescence endémique sont souvent remarquables par le grand nombre de cas légers, atténués, ou abortifs de la maladie dominante.

Pour ne pas quitter la maladie, considérée en elle-même, il serait peut-être intéressant de rechercher si les formes spéciales affectées par la pyrexie n'ont pas une réelle influence sur le plus ou moins grand nombre de types avortés qu'elle esquisse à un moment donné. La classe des pyrexies s'accompagnant nécessairement de lésions aiguës inflam-

matoires localisées et prédominantes, les fébri-phlegmasies en un mot, semble être privilégiée à ce point de vue. Ces maladies, par cela même qu'elles circonscrivent souvent leurs déterminations morbides, tournent court avec plus de facilité peut-être que les autres pyrexies proprement dites. Enfin, il se peut aussi que la quantité du poison qui s'introduit spontanément dans l'organisme joue un certain rôle; qu'on se rappelle en effet combien en pathologie expérimentale sont importantes les doses inoculées. Supposons, c'est ainsi que cela doit se passer en clinique, que la contamination de telle maladie infectieuse se soit produite en un instant très court; supposons encore (car nous ne pouvons juger ces questions qu'à l'aide d'hypothèses), que la dose de virus introduite soit très faible, nous aurons une des conditions expérimentalement requises en pathologie comparée pour faire une maladie vaccinale qui puisse mettre à l'abri d'une pyrexie ordinairement mortelle. Ajoutons-y une énergique résistance vitale, une santé antérieure parfaite, autant de conditions en général favorables (mais aussi quelquefois nuisibles) à la forme légère ou abortive de la maladie. A toutes ces conceptions théoriques qui viennent d'être énumérées, il faudrait sans doute ajouter l'importante notion d'un virus atténué par une culture inappréciable antérieure, modification que nous sommes en droit de soupçonner en pathologie humaine, et dont nous avons des preuves dans le vaccin jennérien atténué, affaibli, qui peut dans certains cas donner une maladie abortive ou fausse vaccine.

Toutefois c'est, je le crois du moins, surtout au terrain organique, à l'homme lui-même qu'il faut, dans l'état actuel de nos connaissances, demander la raison déterminante de la jugulation de la maladie infectieuse qui l'a envahi. Ici le champ a toujours été largement ouvert aux hypothèses.

Je ne rééditerai pas tout ce qui a pu être dit sur le rôle bienfaisant de l'acclimatement, sur l'influence de l'hérédité, sur l'antagonisme d'une maladie antérieure, j'y ai déjà suffisamment insisté dans les pages précédentes pour n'y plus revenir. Je n'aborderai pas davantage les questions de race, d'âge, de sexe qui n'ont le plus souvent qu'une influence toute aléatoire sur l'atténuation de la maladie. Je voudrais cependant dire quelques mots relatifs à l'idée d'*opportunité* et de *réceptivité morbides*. Un homme en pleine santé est frappé brusquement par une maladie quelconque; il réagit: s'il ne trouve pas dans son économie les ressources nécessaires pour lutter victorieusement, la

maladie suivra son cours régulier jusqu'à terminaison, qu'elle soit heureuse ou fatale; mais si son organisme possède une force vitale suffisante, il peut se produire une réaction assez énergique pour que les éléments morbides soient repoussés violemment, alors la maladie s'arrêtant dans son évolution avorte pour ainsi dire, c'est la forme abortive. Le corps humain, grâce à sa résistance physiologique a éliminé, par un grand effort prématuré et décisif, tous les éléments morbides épars en lui ainsi que tous les déchets de la vie pathologique qu'il commençait à subir. En réalité, une pareille explication pathogénique n'est pas suffisante.

Que dire de l'idée de *réceptivité morbide incomplète* qu'on a pu proposer mais qu'on ne saurait défendre? Prétendre qu'un individu contracte une forme abortive de la fièvre typhoïde parce qu'il est dans un état de réceptivité morbide moins grande qu'un autre malade atteint d'une forme grave, c'est se payer de mots; nous croyons préférable, de chercher à expliquer l'idée ancienne à l'aide de conceptions pathologiques plus positives. C'est évidemment dans les mutations et les dédoublements successifs de la matière organisée qu'il faut chercher les modifications physico-chimiques, d'ordre biologique, qui tantôt favorisent largement et tantôt restreignent l'éclosion des germes morbigènes, qu'ils soient agents vecteurs introduits ou éléments indifférents déjà préexistants et véhiculés dans le milieu intérieur, en subissant les hasards de la circulation. Une comparaison bien souvent citée, quoique relativement exacte, est la suivante: le liquide de Raulin servant à la culture pure de l'*aspergillus Niger*, constitue un milieu éminemment apte à favoriser le développement d'un organisme qui va décomposer le liquide et végéter à ses dépens. Est-ce bien là de la réceptivité morbide? Mais qu'on retranche de ce liquide spécial (1) une minime quantité de ses éléments constitutifs, qu'on enlève par exemple

(1) Voici la composition du liquide de Raulin :

Eau.....	1,500
Sucre candi	70
Acide tartrique.....	4
Nitrate d'ammoniaque.....	4
Phosphate d'ammoniaque.....	0,6
Carbonate de potasse.....	0,6
Carbonate de magnésie.....	0,4
Sulfate d'ammoniaque.....	0,25
Sulfate de zinc.....	0,07
Sulfate de fer.....	0,07
Silicate de potasse.....	0,07

la potasse qui doit y figurer, et aussitôt la végétation du parasite va tomber de 25 grammes de plante produits en six jours, au taux de 1 gramme seulement. La récolte descend au 1/200^e quand on retranche l'acide phosphorique, au 1/150^e quand on enlève l'ammoniaque, etc.; enfin l'adjonction d'une quantité infinitésimale de nitrate d'argent au liquide nourricier (un seize cent millième) fait avorter la récolte. Il suffit même que le liquide soit déposé dans un vase d'argent pour que l'*aspergillus* ne puisse éclore! La réceptivité morbide, toutes choses égales d'ailleurs, chez l'homme n'est sans doute qu'un ensemble de désordres physico-chimiques, une perte d'équilibre dans les réactions incessantes qui assurent le fonctionnement de la vie, c'est la porte ouverte aux ennemis du dehors, ou même ce sont les rouages de la machine laissés sans défense aux ennemis du dedans qui s'empressent de les fausser. La maladie commence; mais que l'ordre se rétablisse en vertu de cette merveilleuse harmonie, qui préside aux fonctions organiques, et la pyrexie s'arrête aussi vite qu'elle a débuté, elle avorte et tout rentre rapidement dans l'ordre. L'économie, ayant cependant à réparer peu à peu les désordres plus ou moins considérables que la maladie a laissés après elle (altérations du sang, lésions des émonctoires), rendra possibles l'élimination souvent difficile des produits impropres à la vie et mal combinés, la régularité des échanges moléculaires, la calorification et les réactions multiples du système nerveux.

En terminant ces généralités sur l'étiologie générale et la pathogénie de la forme abortive des fièvres, et à propos de l'*immunité* conférée par une première atteinte, nous nous demandons, sous toute réserve, si, bien souvent, la forme abortive d'une pyrexie n'est pas une *récidive* de la même maladie, la première attaque ayant été plus ou moins méconnue; nous réservons notre réponse, ayant encore plus d'une fois l'occasion de revenir sur ce point obscur.

On ne peut pas affirmer que les récidives de toutes les pyrexies sont régulièrement bénignes et légères, mais on peut avancer que pour bon nombre de maladies générales les récidives sont ordinairement courtes et même assez souvent abortives; je citerai l'érysipèle à répétitions qui cède souvent au troisième ou quatrième jour, les pneumonies récidivées, les récidives de rougeole, de scarlatine et de variole, ces dernières bien moins fréquentes.

De l'étude qui précède, étude sans doute bien incomplète basée qu'elle est sur des notions récentes, essayons de tirer quelques conclusions :

Les importantes découvertes accomplies en pathologie comparée commencent à dégager de l'obscurité où elles étaient enfouies, l'étiologie et la pathogénie générale des formes anormales des pyrexies.

La forme abortive d'un certain nombre de pyrexies, forme déjà isolée en clinique, pourrait être comparée à ces vaccinations progressives, insensibles ou latentes qui en pathologie vétérinaire donnent naissance aux formes frustes, atténuées ou abortives des maladies infectieuses aiguës.

La notion déjà plus rigoureusement exacte des formes abortives des pyrexies, telle que nous la possédons actuellement, constitue sans doute une première étape, peut-être encore bien éloignée du but réel, vers la connaissance et l'application en médecine humaine de la vaccination prophylactique des maladies infectieuses.



DEUXIÈME PARTIE

Pyrexies abortives en Particulier.

PYREXIES SYSTÉMATISÉES ET NON SYSTÉMATISÉES

L'invention du thermomètre, ou mieux son application aux recherches cliniques fut comme une renaissance médicale. L'étude des phlegmasies et des pyrexies fut singulièrement bouleversée : le pouls, dont les variations étaient caractéristiques pour les médecins, nos ancêtres, perdit de son importance au moins au point de vue du diagnostic de l'état fébrile, et l'on en revint aux idées d'Hippocrate, qui ne s'occupait pas du pouls, appréciant la fièvre par la chaleur et celle-ci, par la palpation du corps.

C'est le travail de Gavarret sur les fièvres intermittentes en 1839 qui inaugure la thermométrie physiologique et clinique. Andral et Bouillaud le suivirent dans cette voie, mais ne surent pas tirer de cette ingénieuse idée toutes les conclusions qu'elle comportait ; et c'est Wunderlich, de Haen, etc., qui eurent le mérite de comprendre et de nous faire entrevoir la valeur des observations thermométriques prises plusieurs fois par jour. Dès lors, on eut un point de départ constant, un point de comparaison fixe pour l'étude des maladies fébriles, et cet ordre de phénomènes, vague, à peine indiqué par les auteurs du commencement du siècle, par Chomel, Louis et les autres, devint en quelque sorte précis et mathématique. L'évolution fébrile fut connue dans chaque maladie, et chacune eut sa courbe thermométrique nettement définie. De là à distinguer dans chaque maladie aiguë, des formes diverses caractérisées par une évolution fébrile différente, il n'y avait qu'un pas : et l'on peut dire que l'histoire des pyrexies abortives n'a pris véritablement naissance qu'avec l'application du thermomètre à la clinique.

Légère ou grave, la fièvre tient sous son empire les phénomènes les plus importants : établir sa courbe thermométrique par des observations régulières, c'est donc assurer le diagnostic et le pronostic de la maladie. Mais ce serait une erreur de considérer la fièvre comme le symptôme unique de toute pyrexie : l'ensemble des manifestations symptomatiques, si bien étudiées par les auteurs qui nous ont précédés, conserve encore toute sa valeur, et l'habitude de les saisir et de les coordonner révèle le tact et la sagacité du médecin. Nous avons donc été amené tout naturellement à établir notre classification des pyrexies sur l'ensemble de leurs caractères généraux, tout en tenant compte de leur évolution cyclique, évolution dont l'image la plus fidèle et la plus frappante pour l'observateur, est la courbe thermométrique.

Des pyrexies, que nous avons à étudier ici, quels sont donc les caractères qui pouvaient nous servir à mettre un peu d'ordre dans notre sujet? L'étude de la température peut nous aider à créer des formes ou des types différents d'une même maladie, à séparer une affection de celles qui lui sont voisines dans un même groupe, mais est-elle suffisante pour fonder une espèce nosologique? Les manifestations symptomatiques générales offrent plus d'importance et déjà il nous est possible, en nous fondant sur ces caractères, d'isoler quelques groupes tels que les maladies typhoïdes, les pyrexies avec ou sans exanthèmes, etc. Mais nous ne trouvons pas encore là d'assises suffisantes pour établir une division des pyrexies assez nette et qui puisse satisfaire l'esprit. Toutefois la marche générale de l'affection, sa tendance à se localiser sur certains appareils, sur certains systèmes de l'économie, ou au contraire sa tendance à rester générale, sans se systématiser en quelque sorte, nous a conduit à diviser les pyrexies en deux classes : celles qui se traduisent par des manifestations générales sans prédominance organique spéciale; et celles dont les manifestations se cantonnent ou se confinent à tel ou tel système, tel ou tel organe.

Les *pyrexies non systématisées* comprendront : les **septicémies** (charbon, fièvre traumatique, fièvre urineuse, puerpérisme, etc.) ; les **maladies typhoïdes**.

Les *pyrexies systématisées* seront celles qui porteront leurs manifestations plus spécialement sur :

a) Le système cutané et muqueux : **érysipèle, érythèmes polymorphes, fièvre herpétique, fièvres éruptives**.

b) Les muqueuses, la **grippe**, nous arrêtera quelque temps.

c) Certains appareils, les glandes par exemple, et nous verrons les oreillons.

d) Un organe : la **pneumonie** en sera le modèle.

Il reste bien entendu que nous ne voulons indiquer par ces dénominations de pyrexies systématisées ou non systématisées, qu'une tendance des symptômes à se manifester toujours dans le même sens, et non deux espèces de pyrexies absolument distinctes et définies.

Nous allons aborder, dans les quelques pages qui vont suivre, un petit nombre de maladies pyohémiques ou septicémiques pouvant revêtir la forme abortive ; toutefois, nous devons faire remarquer que les courtes notes que nous consacrerons à l'étude de ces différentes maladies infectieuses encore mal connues ne sont que des points de repère au milieu de ce dédale de questions pathogéniques, étiologiques et doctrinales qui bouleversent en ce moment la pyrétologie toute entière. Sans aller loin, prenons un exemple plein d'actualité, on peut le dire, le *choléra*, qui est une maladie infectieuse et qu'on ne peut pourtant pas faire entrer sans effort dans la classe des pyrexies. Le choléra n'a-t-il pas ses formes abortives ? Les discussions retentissantes à l'Académie de ces temps derniers semblent avoir élucidé un point jusque-là très litigieux, celui des diarrhées prémonitoires du choléra. J. Guérin affirmait cette constitution prémonitoire. Or, on peut expliquer ces malaises intestinaux s'accompagnant de crampes et de vomissements qui éclatent sur un grand nombre d'individus avant l'explosion du choléra confirmé. Sans forcer les faits, il se passe alors dans la contrée qui va être atteinte ostensiblement, une sorte d'adaptation à l'épidémie. C'est ce qu'on a pu appeler la *constitution médicale cholérique* (Héricourt) (1). Tous ces cas abortifs sont les avant-coureurs de l'épidémie ; le terrain, lentement ensemencé ou revivifiant les germes endormis des épidémies antérieures, se prépare à la poussée épidémique ; et l'organisme humain, inoculé d'abord à petites doses par le poison cholérique naissant, est peut-être, par là même, rendu réfractaire à la prochaine contagion.

Il est une autre maladie générale infectieuse au premier chef, pyré-
tique, contagieuse sinon épidémique, la *tuberculose miliaire aiguë*, qui aurait pu se placer aussi dans le cadre de ces courtes études consacrées aux maladies infectieuses. On pourrait s'étonner au premier abord de

(1) HÉRICOURT. — *Revue de Médecine*, 10 novembre 1884, et *ibid.*, 10 octobre 1885.

nous voir faire entrer dans les pyrexies *abortives* une maladie si éminemment grave, si souvent mortelle que l'est la granulie. A cela je répondrai avec MM. Potain et Landouzy que l'on observe en clinique des jeunes gens paraissant atteints tout d'abord de fièvre typhoïde et chez lesquels la maladie se prolonge presque indéfiniment avec son allure infectieuse. Chez ces malades, qui ressemblent absolument au bout de nombreuses semaines à des tuberculeux atteints de tuberculose miliaire, le pronostic fatal est tout tracé; et grande est la surprise du médecin quand, au bout de trois ou quatre mois de fièvre atypique oscillant souvent de 37 à 40 degrés, le malade entre en convalescence, atteint de lésions tuberculeuses pulmonaires ou autres peu marquées ou même inappréciables. Les cas de granulie *guérie* sur lesquels M. Empis insistait déjà, ont été soumis à l'étude par M. Landouzy (1) qui a montré en outre que l'*infection tuberculeuse* peut tuer sans grandes lésions tuberculeuses, mais aussi qu'elle peut guérir, avorter par conséquent. Il faudrait plus de temps que nous n'en avons eu pour rechercher des cas analogues aux belles observations qu'il rapporte. Toutefois cette notion de la curabilité de la tuberculose a fait, même du côté de ses formes aiguës, depuis quelque temps, de grands progrès (2). Ne sait-on pas qu'il existe des observations bien probantes de méningite tuberculeuse guérie ou du moins arrêtée dans sa marche? A tous ces faits on peut toujours objecter l'absence d'autopsie, ce qui est un mauvais argument puisqu'il s'agit de malades guéris. Quoi qu'il en soit, le sujet de la curabilité et par conséquent de l'avortement possible de la tuberculose infectieuse est à l'étude et ce n'est certes pas l'un des moins intéressants proposés à la vigilance des observateurs.

(1) LANDOUZY. — *Leçons cliniques faites à la Charité*, octobre 1884 et octobre 1885, anal. in *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1884 et 1885.

(2) L. BERNARD. — *De la curabilité de la tuberculose aiguë à localisations multiples, considérée chez l'adulte*. Thèse de Paris, 1885.

I. — PYREXIES NON SYSTÉMATISÉES

A. — MALADIES INFECTIEUSES SEPTICÉMIQUES.

Des maladies infectieuses qui forment le premier groupe de ce chapitre, les *septicémies*, nous n'avons que peu à dire : étudiées surtout expérimentalement, leurs caractères chez l'homme sont mal déterminés il faut bien le reconnaître à l'exception d'un petit nombre de faits et bien et profondément observés, tels que ceux relatifs au charbon, on en est réduit encore à des hypothèses. Nous passerons donc rapidement, réservant la meilleure partie du peu de temps qui nous est accordé, à l'étude des maladies typhoïdes, et en particulier à celle de la fièvre typhoïde abortive qui nous touche de plus près et qui nous a paru mériter tous nos soins.

Les Septicémies.

*Fièvre puerpérale. — Fièvre traumatique. — Septicémie gangréneuse aiguë.
Pustule maligne. — Fièvre urineuse.*

FIÈVRE PUERPÉRALE. — Il arrive parfois qu'une nouvelle accouchée est prise, peu de jours après sa délivrance, de frissons plus ou moins intenses, ou bien d'un grand frisson unique; les lochies deviennent fétides, le ventre douloureux, la fièvre s'allume; l'état général paraît inquiétant lorsque, rapidement, tous ces accidents s'amendent puis disparaissent complètement ou en ne laissant que quelques traces de leur invasion.

N'est-ce pas là une forme abortive du puerpérisme infectieux? « Souvent, dit Stoltz (*Dictionnaire de Jaccoud, fièvre puerpérale*), on remarque l'initiative de l'organisme lui-même dans l'amélioration ou dans la disparition des premiers symptômes qui faisaient craindre l'irruption du mal. On reconnaît cet effort de la nature dans l'établissement des sécrétions jusqu'alors nulles ou imparfaites, le retour des lochies rouges, le gonflement des mamelles, etc. »

Avec les idées que nous avons aujourd'hui sur l'étiologie du puerpérisme, ces phénomènes n'ont rien qui doive nous étonner. La fièvre

puerpérale est une fièvre infectieuse due à l'absorption, dans le plus grand nombre des cas par la plaie utérine, de micro-organismes sur l'étude desquels je n'ai pas à m'étendre. Suivant le degré et la rapidité de l'absorption, suivant la quantité et la nocuité du poison, les phénomènes d'empoisonnement seront variables. Aussi à côté de formes rapides et foudroyantes, nous voyons des formes longues et graves, des formes atténuées et abortives. Il est un facteur dont il ne faut pas négliger de tenir compte, c'est le plus ou moins de résistance de la malade, son état antérieur de santé, et la façon dont s'est fait l'accouchement. Une femme fatiguée par des couches pénibles réagira moins bien contre l'invasion de la fièvre infectieuse.

Les nombreuses et longues discussions qui ont eu lieu au sujet de la *fièvre de lait*, ont montré toute la fréquence des formes abortives du puerpérisme. Ces accès fébriles survenant peu après l'accouchement, avec céphalalgie, malaise, etc., puis disparaissant en très peu de jours, ont été pendant bien longtemps attribués à la montée du lait et n'inspiraient que peu d'inquiétudes. Levret, Moreau s'étaient élevés contre cette idée, mais c'est surtout Depaul qui l'a combattue et en a démontré la fausseté. « Si le thermomètre marque plus de 38 degrés ou 38°,5, dit M. Siredey, la fièvre qui survient chez les nouvelles accouchées du deuxième au cinquième jour n'appartient pas à la sécrétion lactée; elle est l'indice d'une complication. » — Mais cette complication est souvent bien légère, car nombre de femmes ont été atteintes de la prétendue fièvre de lait, ont été à peine soignées et se sont rétablies en très peu de temps. Chez elles le poison puerpéral n'a pu se manifester par des phénomènes infectieux, et tandis que chez les unes il n'a provoqué qu'une légère phlegmasie péri-utérine de courte durée, chez d'autres, les troubles ont été plus sérieux, et on a vu se développer des phlegmons du ligament large, etc. Mais dans tous les cas les accidents généraux graves n'ont pu s'établir, le *puerpérisme infectieux a avorté*.

On lit dans la thèse de Maygrier, à propos des épidémies de forme légère de lymphangite utérine : « Il peut arriver que ces formes *frustes*, pour ainsi dire, de l'infection puerpérale, comme les appelle M. Rendu, précèdent l'apparition d'une épidémie beaucoup plus grave. Il semble que le principe infectieux subit en se répandant une sorte de culture, et qu'il acquiert une énergie plus grande. Alors éclatent tout à coup des accidents qui enlèvent rapidement les malades atteints. »

Il ne faut pas confondre avec les manifestations abortives du puer-

périsme infectieux un certain état fébrile que l'on observe le premier et le second jour dans certains cas de couches pénibles; il faut rapporter l'élévation de température à la fatigue, à la courbature, à la douleur.

De même, plus tard, il faut vérifier si la fièvre n'est pas due à une complication du côté des seins (crevasses, lymphangites, phlegmons ou abcès).

Enfin, le traitement antiseptique nous montre tous les jours des manifestations abortives du puerpérisme infectieux.

DE LA FIÈVRE TRAUMATIQUE. — Il est actuellement admis, depuis les expériences de d'Arcet, de Billroth, les travaux de Gosselin, de Verneuil et de ses élèves, depuis surtout l'introduction de la méthode antiseptique en chirurgie, que la fièvre traumatique est une fièvre d'origine septicémique.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur ces faits, et de renouveler des discussions qui ne rentreraient pas directement dans notre sujet. Cette fièvre traumatique peut, du reste, se montrer à la suite de blessures portant sur des tissus sains, ou sur des tissus malades. Dans ce dernier cas, elle apparaîtrait immédiatement après le traumatisme, le poison étant tout élaboré, alors qu'une voie lui est ouverte pour s'introduire dans l'organisme. Dans le premier cas, il n'apparaîtrait en général qu'au bout de vingt-quatre heures, le poison ayant besoin d'un certain temps pour être élaboré et produire ses effets (Verneuil et Maunoury (1)).

La méthode antiseptique, en supprimant complètement la fièvre traumatique, dénote l'origine septicémique de cette complication.

La méthode antiseptique constitue donc le meilleur moyen d'empêcher le développement de la septicémie et aussi de la faire *avorter* quand elle se montre sous la forme de fièvre traumatique. L'application d'un pansement antiseptique n'empêche pas toujours l'apparition de la fièvre traumatique : dans ce cas elle serait le résultat, pour quelques auteurs, de troubles fonctionnels, des perturbations nerveuses créées par le traumatisme; pour d'autres, la conséquence d'une application défectueuse de la méthode. La rétention dans les plaies de matières

(1) MANOURY. — Thèse Paris, 1877.

albuminoïdes, du sang en particulier, qui sont un excellent milieu de culture pour les microbes, explique alors le développement de la fièvre traumatique, alors que toutes les précautions ont été prises. Seulement la quantité de poison élaboré dans ces conditions ne serait pas suffisante pour donner lieu à une élévation considérable et prolongée de la température, à un empoisonnement mortel d'où, comme conséquence, l'utilité d'un nettoyage parfait de la plaie avant d'en faire l'occlusion (1).

Les conditions tirées du malade ou du blessé et qui font qu'il résiste à l'empoisonnement, nous paraissent être de même ordre que celles qu'on peut trouver chez des individus en proie à des septicémies d'ordre médical.

Le traitement abortif de la septicémie quand elle se montre dans le cours de lésions chirurgicales, provoquée par la rétention du pus, nécessite soit de larges ouvertures et des lavages, soit des contre-ouvertures, et dans quelques cas le sacrifice complet du membre. Ces faits sont trop connus et trop répétés pour qu'il soit nécessaire d'insister.

SEPTICÉMIE GANGRÉNEUSE AIGUE. — La septicémie gangréneuse, ou érysipèle bronzé, gangrène foudroyante, etc., ne présente pas de formes spontanément abortives. Ce n'est que le traitement chirurgical largement employé qui peut en triompher et alors seulement qu'on l'emploie dès le début des accidents, car on sait la marche foudroyante que présente cette affection dans quelques cas.

L'amputation du membre ou les cautérisations nombreuses et profondes au fer chauffé à blanc, est le seul moyen de sauver les malades. Je n'ai pas à discuter ici les cas où l'on intervient de ceux où l'on ne doit pas intervenir, je n'ai qu'à constater les heureux effets produits par l'intervention.

Nous pouvons ajouter que la septicémie gangréneuse est d'origine microbienne, qu'elle a toujours son point de départ dans une plaie plus ou moins profonde et anfractueuse (2).

DE LA PUSTULE MALIGNE. — L'avortement de la pustule maligne ou

(1) WEGENER. — *Archives Langenbeck*, t. XX. 1876.

(2) CHAUVEL. — Article « Septicémie ». *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

CHAUVEAU ET ARLOING. — Académie de Médecine, 6 mai 1884.

TRIFAUD. — *Revue de Chirurgie*, 1883.

mieux des accidents qu'elle peut déterminer, c'est-à-dire l'évolution spontanée vers la guérison, l'existence de pustules malignes à accidents généraux atténués est un fait aujourd'hui bien démontré, si la raison n'en est pas connue. L'observation de M. Reclus, lue à la Société de chirurgie (P. Reclus, *Clinique et Critique chirurgicales*, Paris, Masson 1884) nous démontre qu'une pustule maligne non traitée peut évoluer vers la guérison; du reste on connaissait auparavant un grand nombre d'observations de différents auteurs où l'évolution naturelle vers la guérison avait été spontanée. La guérison de la pustule maligne par la feuille de noyer, d'après la méthode de Raphaël (de Provins), n'en est-elle pas la preuve?

Il est inutile de citer ici les cas de guérison par la cautérisation de la tumeur charbonneuse, par les injections sous-cutanées de teinture d'iode ou d'acide phénique en solution : elles nous démontrent l'influence que peut avoir le traitement sur la marche de la maladie : mais ce serait vouloir par trop forcer le terme que d'en faire deux formes abortives, de par le traitement, de la pustule maligne.

Nous n'en dirons pas autant de l'*œdème malin* dont la gravité est autrement grande et qui ne guérit guère que par un traitement énergique. Ici nous devons mettre en première ligne la forme abortive par suite du traitement. Une observation publiée de Chipault (d'Orléans) (Société de chirurgie, 1883) de guérison par les injections hypodermiques iodo-iodurées et une potion iodée à l'intérieur est très démonstrative à cet égard.

Nous ne dirons rien de la *fièvre charbonneuse* qui est encore fort mal connue, car nous nous heurterions ici à des questions de doctrine ou à des détails d'interprétation que nous n'avons pas à résoudre. Avant de décrire les formes abortives de la fièvre charbonneuse, il faudrait d'abord savoir si elle existe.

DE LA FIÈVRE URINEUSE. — La fièvre urineuse nous paraîtrait devoir nous fournir des types très nets de forme abortive ou atténuée. En effet, si nous examinons les différentes modalités que présente la fièvre due à une affection chirurgicale des voies urinaires, nous reconnaissons, avec le professeur Guyon (1) et les auteurs qui l'ont précédé, qu'elle présente deux formes : 1^o la forme aiguë; 2^o la forme lente.

(1) GUYON. — *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*; Paris. 1885.

La forme aiguë offre deux types :

Le premier type est caractérisé par un accès aigu franc, avec frisson initial plus ou moins fort et prolongé, suivi d'un stade de chaleur et de sueur, puis tout rentre dans l'ordre. Quelquefois un deuxième accès vient s'ajouter au premier.

Le second type a pour caractère une élévation générale de la température sur laquelle viennent se greffer des accès plus ou moins intenses. Ce serait en quelque sorte une fièvre rémittente très irrégulière, qui peut se terminer soit par la mort soit par la guérison.

La forme lente de la fièvre urineuse se manifeste au contraire par un état fébrile léger mais permanent interrompu de distance en distance par quelques poussées fébriles de peu d'importance souvent, mais qui constituent quelquefois de véritables accès fébriles. Cette forme lente peut se terminer par la mort ou par la guérison.

Nous disions au début que la fièvre urineuse semblerait devoir nous fournir des types très nets de forme abortive. Le premier type de la forme aiguë à un ou deux accès de fièvre est certainement une forme avortée du deuxième type. Celui-ci, à son tour, est, quand il n'est pas suivi de mort, une forme avortée de la forme lente. Mais ici nous nous heurtons à des questions de doctrine. Tandis que pour quelques chirurgiens, Verneuil, Malherbe (1), la fièvre urineuse reconnaîtrait pour cause l'existence d'une lésion rénale plus ou moins profonde, pour d'autres, Maisonneuve, de Saint-Germain, Reliquet, elle serait déterminée par l'absorption de l'urine à travers une solution de continuité traumatique ou pathologique du canal ou de la vessie. Que l'on adopte l'une ou l'autre de ces théories, on peut considérer certains types de fièvre comme des formes avortées. Mais si à l'exemple du professeur Guyon on rapporte le premier type de la forme aiguë à l'absorption de l'urine en nature et les autres manifestations fébriles à des lésions rénales à marche plus ou moins rapide, on conviendra qu'on ne peut faire de ce premier type une forme avortée de la fièvre urineuse. Il y a en effet, non une fièvre urineuse, mais des fièvres urineuses, comme le dit le professeur Guyon.

Nous ne voudrions pas nous laisser entraîner à discuter ces diverses théories; qu'il nous suffise de dire que l'accès de fièvre aiguë franc, sans retour, se montre surtout à la suite de cathétérisme malheureux, à la suite de l'engagement dans le canal de fragments aigus de calcul,

(1) MALHERBE. — Thèse de Paris, 1872.

à la suite de l'uréthrotomie interne quand on ne met pas de sonde à demeure, ou après l'ablation de la sonde à demeure. Disons aussi que d'après les recherches de M. Gosselin (*Leçons cliniques*) l'accès de fièvre se montre après l'uréthrotomie interne trois fois plus souvent quand on ne met pas de sonde à demeure que quand on en met. Toutes ces raisons, jointes aux expériences de MM. Feltz et Ritter (*De l'urémie expérimentale*, Nancy 1881) et les travaux de MM. Bouchard et Lépine sur la toxicité des urines normales nous font accepter l'opinion défendue par le professeur Guyon.

Quant aux autres formes de la fièvre urineuse, soit aiguë soit chronique, elles se lient très manifestement aux lésions rénales. Les recherches de M. Verneuil, de Malherbe, de P. Bazy (1) le démontrent surabondamment. C'est évidemment à la *néphrite* suppurative ou non suppurative qu'elle est due.

La forme abortive ou atténuée correspondrait, soit à des néphrites non suppuratives légères, soit à des néphrites à suppuration circonscrite et qui ne laisseraient peut-être d'autres traces ultérieurement qu'une cicatrice à la surface du rein.

B. — MALADIES TYPHOÏDES.

Nous faisons rentrer dans ce groupe : le *typhus exanthématique*, la *fièvre jaune* et la *fièvre typhoïde*. Nous dirons quelques mots de la fièvre *récurrente* et du *typhus cérébro-spinal*.

Sans revenir sur les considérations théoriques qui ont permis à Griesinger d'élargir le cercle des *maladies typhoïdes* et de bien distinguer leurs différentes espèces, il nous paraît utile cependant de délimiter les maladies que nous inscrivons dans ce groupe.

Leurs caractères communs sont : 1° les conditions étiologiques qui président à leur développement (éléments miasmatiques pénétrant dans l'organisme et se propageant par des voies différentes, intestins, bronches); 2° les troubles constants de l'innervation; 3° les phénomènes généraux; 4° leur marche cyclique; 5° leur tendance manifeste à donner naissance à un exanthème, tendance qui n'est pas d'ailleurs exclusive aux maladies typhoïdes (choléra, ictère grave sporadique, tuberculose miliaire aiguë).

Les caractères différentiels qui permettent d'isoler les maladies

(1) P. BAZY. — *Diagnostic des lésions des reins dans les affections des voies urinaires*, th. Paris, 1880.

typhoïdes sont fondés surtout : 1° sur la localisation anatomique des lésions, qui a permis d'établir les variétés de ces maladies et de comprendre leur processus général ; 2° sur l'étude des conditions climatiques, épidémiques et individuelles qui président à leur développement.

Par conséquent, en raison de ces caractères communs et différentiels, le terme de *maladies typhoïdes* indique bien, selon la remarque de Griesinger, une ressemblance et non une identité. De plus, dans chacune de ces formes on trouve un certain nombre de cas qui sont particulièrement importants à étudier au point de vue qui nous occupe : ils constituent ce que l'on a appelé les formes abortives ou *fébricules*.

L'existence de ces formes *atténuées* soulève un problème nosologique qu'il serait intéressant, sinon d'élucider, au moins de discuter. En effet, il serait utile de savoir si ces cas abortifs constituent une forme particulière, spécifique en un mot, indépendante de la forme typique à laquelle on a coutume de les rattacher. Sont-ils au contraire les degrés atténués, décroissants d'une même espèce pathologique ?

On a beaucoup discuté sur les caractères d'*identité* ou de *ressemblance* des maladies typhoïdes. Si elles sont complètement isolées, comme autant d'espèces distinctes, étrangères les unes aux autres, elles peuvent présenter des cas atténués, *formes abortives* que l'on observe le plus souvent au commencement ou à la fin des épidémies. Si au contraire, on admet la *transformation possible* d'une forme de typhus dans l'autre, les cas *abortifs* pourraient bien n'être que des types de transition ébauchant les nuances insensibles qui établissent le passage d'une maladie typhoïde à l'autre. D'ailleurs, si ces transformations morbides ont paru possibles à certains auteurs entre les diverses maladies typhoïdes, on est allé plus loin encore et on a essayé d'établir des liens plus étroits entre des maladies plus éloignées, le choléra par exemple et la fièvre intermittente.

La coexistence de plusieurs épidémies, les observations faites dans des régions différentes (Islande, Sibérie, Crimée, Egypte), l'éducation médicale antérieure des divers observateurs, ont été évidemment la cause de ces essais nosologiques.

Evidemment, ce ne sont pas les types communs, bien définis, qui ont donné lieu à toutes les controverses ; il est certain aussi que ce sont les cas légers, les formes abortives qui ont été le point de départ de tant de désaccords. Cela nous montre donc tout l'intérêt qu'il y

aurait à pouvoir étudier les formes abortives de chacune des maladies typhoïdes. Malheureusement, pour plusieurs d'entre elles, les éléments les plus essentiels nous font défaut : Tout d'abord ces formes sont relativement rares, et les épidémies de ce genre n'existent pas dans nos pays ; c'est d'après les mémoires des médecins de marine ou de l'armée, plutôt que par notre propre expérience, que nous devons esquisser un aperçu général de ces maladies et de leurs formes.

Nous ne pouvons donc que faire rapidement l'étude du *typhus exanthématique*, réservant tous nos soins à la fièvre typhoïde si importante dans nos pays.

TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

Typhus abortif.

A côté de la forme confirmée du typhus exanthématique que nous n'avons pas à décrire ici, il existe des cas caractérisés par le développement incomplet de l'évolution et des symptômes, cas qui se distinguent même des formes légères, et constituent les formes abortives. — Les causes qui président à cette modification dans l'allure de la maladie, sont peu positives et mal connues. On sait que ces formes existent surtout au début des épidémies ; qu'elles atteignent particulièrement les enfants ; qu'elles paraissent plus fréquentes chez les individus de la classe aisée et jouissant des ressources d'une hygiène favorable ; qu'elles deviennent plus fréquentes chez les adultes à la fin des épidémies ; enfin que, fréquentes dans certaines épidémies, elles manquent complètement dans d'autres.

Le développement de la maladie est rapide : frisson, céphalalgie, prostration ; la fièvre survient avec sécheresse de la peau, irrégularités du pouls, vertige, insomnie ou somnolence, douleur générale dans les membres ; la rate est à peine sensible, la respiration légèrement sibilante.

La fièvre est remarquablement intense pendant trois ou quatre jours ; puis surviennent une sueur abondante, de l'herpès au visage, mais non constamment, et la défervescence se fait aussi brusque que rapide avait été le début de la maladie. La situation semblait grave pour le malade, quand tout à coup survient, en vingt-quatre heures, la guérison complète.

D'autres cas sont caractérisés par un début également rapide, une fièvre intense ; mais une terminaison précoce apparaît au troisième ou quatrième jour.

Enfin un troisième groupe de formes durant huit à dix jours établit la transition entre les cas abortifs et la forme classique de la maladie.

On a décrit encore des formes spéciales de typhus, et, suivant telles ou telles déterminations symptomatiques de l'affection, on les a appelées : *broncho-typhus*, *pneumo-typhus*.

Ces formes présentent également des cas où, après une durée très courte, vers le septième ou le neuvième jour de la maladie, survient une rémission rapide, et tous les phénomènes morbides disparaissent dans l'espace d'un jour ou d'un jour et demi.

Dans tous ces cas l'exanthème manque encore, et ce n'est véritablement que par la présence de l'épidémie que l'on peut faire le diagnostic de ces formes avortées.

A ce résumé succinct du remarquable article de Griesinger, nous aurons peu à ajouter. Avec M. Jaccoud (*Pathologie interne*, t. III, p. 701), nous pensons qu'il vaut mieux ne pas rattacher cette variété aux formes légères et « qu'il y a vraiment dans ces traits ébauchés de « la maladie, dans cette brusquerie imprévue de la guérison quelque « chose de spécial, par quoi cette forme se sépare bien réellement de « toutes les autres. »

Parmi les mémoires de médecine militaire ou de marine, traitant ce sujet, le plus important est certainement le mémoire de Félix Jacquot qui étudia le typhus à l'armée d'Orient, dans les hôpitaux militaires de Constantinople en 1858.

Il proteste contre l'opinion des auteurs qui veulent distinguer les cas abortifs du typhus exanthématique et en faire une classe spéciale d'états typhoïdes. « Vous refusez (1), dit-il, le nom de typhus à celles « de ces affections qui ne durent que peu de jours, mais où arrêterez- « vous l'état typhique pour faire commencer le vrai typhus, puisque « ainsi qu'il résulte des statistiques, ces affections présentent toutes « les durées possibles depuis deux, trois ou quatre jours, jusqu'à dix ou « onze, qui constitue la moyenne, et qu'elles peuvent exceptionnelle- « ment aller à vingt ou trente jours.

(1) Page 33 et suivantes.

« Puisque vous confessez que l'état typhique n'est qu'un incident,
« une complication d'une autre maladie, si un tel état se manifeste,
« comme c'est fréquent, sur un homme sain et qu'il ne dure que quel-
« ques jours, il faut, malgré cette durée éphémère, confesser que c'est un
« vrai typhus. Il ne saurait être un accident, une complication, un pa-
« rasite enté sur une autre affection et lié à son existence puisqu'il
« n'y a pas d'autre maladie, point de tronc, point de support. »

Et plus loin, page 132 : « Tous les typhus ne parcourent pas les deux
« périodes réactionnelle et nerveuse ; un nombre très notable se termi-
« nent avant que la deuxième période ne soit atteinte : la fièvre
« tombe souvent très vite, la convalescence s'établit franchement et
« promptement. Ce sont là des typhus incomplets, des typhus
« avortés. Ces faits sont incontestables, MM. Haspel, Garreau, Baru-
« del, Gauderax, Masse, etc., en ont constaté dans leurs écrits, ou nous
« ont communiqué leurs observations concordant avec les nôtres ;
« enfin il a été journellement question de ces typhus éphémères à la
« Société impériale ottomane ; et dans mon discours en date du 8 juin,
« j'ai, ainsi que M. Fauvel, établi péremptoirement que ces incidents
« de courte durée sont de véritables typhus. »

« Pour donner une idée bien exacte de la durée du
« typhus il faut établir trois catégories :

« 1° Typhus de courte durée, comme avorté, qui ne parcourt pas
« son évolution complète mais s'arrête dans le cours de la première
« période. Sa durée est au-dessous de dix jours.

« 2° Typhus qui parcourt les deux premières périodes (réactionnelle
« et nerveuse). Sa durée est de dix à onze jours.

« 3° Typhus qui présente la troisième période ou période accidentelle.
« Sa durée est au-dessus de dix jours.

« La proportion de ces trois espèces a varié selon les époques ; ainsi,
« au commencement de l'épidémie, et, pendant la première moitié de
« sa période d'état, les typhus de courte durée ont été les plus nom-
« breux. Puis les typhus de dix à onze jours ont dominé se mêlant à des
« typhus suivis de période accidentelle ; enfin quand l'épidémie a dé-
« cliné, la décroissance a été plus manifeste par la diminution du
« nombre que par celle de la gravité.

« Ces typhus avortés n'auraient pas existé en France, où des typhus
« complets dans leur évolution se seraient seuls présentés à l'observa-
« tion. » L'auteur s'étonne que des manifestations légères du typhus

qui se produisent dans son pays d'origine, ne se soient pas produits en France (page 141).

Au point de vue de la *typhisation à petite dose*, l'auteur n'admet pas que ce soit un typhus abortif. « C'est une sorte de typhus peu intense, n'empêchant pas le sujet de vaquer à ses occupations, mais durant deux ou trois mois et pouvant entraîner la mort. »

Ce mémoire de Jacquot, dont nous pourrions citer encore plus d'un passage, est très remarquable. Les travaux parus depuis n'ont ajouté que peu de chose à ce qu'a écrit cet auteur. Aussi nous ne rappellerons que pour mémoire :

1° Le travail de Coindet, médecin-major (extrait d'une lettre à Larrey), où il indique, page 381, la possibilité du typhus sans éruption.

2° Le mémoire de Périer, *Effet de la misère et du typhus dans la province d'Alger en 1868* (*Annales de Médecine militaire*, 1869-1870), où l'auteur signale une forme de typhus pouvant avorter brusquement.

3° De même Vital, *Typhus dans la province de Constantine en 1868* (*Mémoires de Médecine militaire*, année 1869), signale des cas analogues.

Enfin nous aurons terminé le rapide exposé des connaissances que nous avons pu recueillir sur l'existence de cette forme abortive du typhus, en rappelant les cas de typhus brusquement arrivés à la convalescence sous l'influence d'une médication abortive, telle que les vomitifs. M. Arnould (cité par Jacquot) n'hésite pas à déclarer que dans son hôpital un vomitif fait assez souvent avorter le typhus. Il cite le fait d'une épidémie de typhus, se déclarant tout à coup sur l'équipage, sain jusque-là, d'un navire qui avait transporté des troupes infectées. Un vomitif coupe court à un grand nombre de cas et les autres poursuivent leurs périodes avec les plus incontestables caractères du typhus. Ici il n'y a pas deux maladies, il n'y en a qu'une, le typhus; et ce sont bien de vrais typhus qui ont avorté sous l'influence de cette médication.

Que conclure de tout ce qui précède? C'est évidemment que la forme abortive du typhus exanthématique existe, et qu'elle a été observée dans les régions les plus diverses et dans nombre d'épidémies. Tous les observateurs qui ont eu la bonne fortune de pouvoir l'étudier sont d'accord non seulement sur la question de son existence, mais encore sur ses caractères. C'est une forme spéciale du typhus exanthématique :

elle s'observe dans certaines épidémies, surtout au début et à la fin. Le début de la maladie comme la défervescence sont caractérisés par la rapidité de leur évolution ; la période d'état est raccourcie au point de vue de la durée, mais les symptômes ne sont pas moins graves que ceux observés dans la forme ordinaire. Toutefois ces formes ont une caractéristique qu'elles partagent avec les cas légers ou atténués de la maladie : c'est *qu'elles n'ont pas d'exanthème*. La guérison est la règle.

On excusera la rapidité de notre description du typhus abortif : les observations nous font totalement défaut, et nous ne pouvons dès lors donner à cette question tous les développements qu'elle mérite et que comporte son étude.

Les autres espèces de typhus, la *fièvre récurrente* des Anglais et la fièvre typhoïde bilieuse, ne nous arrêteront pas. Les cas abortifs signalés dans une note de l'édition de Griesinger, revue par Vallin, est à peu près le seul document que nous ayons pu nous procurer sur ce point. Tous les mémoires que nous avons consultés et que l'on trouvera à la bibliographie, n'ont que peu ajouté à ce qu'ont écrit Griesinger et son commentateur.

Il en est de même du *typhus cérébro-spinal*, magistralement décrit par M. le professeur Jaccoud (*Pathologie interne*, t. III, p. 707-736). La forme abortive est particulièrement étudiée par cet auteur, et nous nous contenterons, faute de documents nouveaux, d'y renvoyer le lecteur.

Fièvre jaune.

La fièvre jaune, *typhus amaril*, maladie infectieuse, endémique dans certaines contrées lointaines, va, comme on le verra par les pages qui suivent, nous donner un type de pyrexie abortive.

Elle offre, dans ses formes ordinaires, un aspect si caractéristique, que d'après les médecins qui l'ont étudiée, une fois qu'on en a vu un exemple, elle ne peut plus être méconnue, même par les personnes les plus étrangères à la médecine. Cependant, à côté des quelques types cliniques qui constituent la maladie complète, la fièvre jaune presque toujours mortelle ou guérissant après de nombreux dangers et une convalescence

extrêmement longue, se place un autre ordre de faits dans lesquels *la maladie incomplète est atténuée*, ébauchée dans sa durée, dans sa gravité et dans ses symptômes. Ces faits constituent les *formes abortives de la fièvre jaune*.

Je n'ai pas à retracer ici la symptomatologie ordinaire et classique de la maladie, Je renvoie au *Traité* classique de M. Jaccoud et à la *Pathologie exotique* de Nielly. Je me contente de rappeler qu'on décrit deux périodes à cette maladie : une première, ou période fébrile ; une seconde de vomissements et d'ictère ou d'affaissement.

Dans certains cas on peut voir tout se borner à la première période, la seconde étant remplacée par une convalescence qui, rapidement, mène le malade à la guérison, c'est la forme légère, ébauchée de certains auteurs, la forme abortive de la fièvre jaune. Les malades qui en sont atteints sont, selon l'expression usitée par les médecins, qui ont eu occasion de voir des épidémies de typhus amaril, des demi-malades.

On peut résumer le tableau symptomatique de cette forme clinique en disant qu'elle est constituée par la première période de la maladie, par la période de généralisation, comme l'appelle Jaccoud : cette première période peut être très accusée, faire craindre une attaque grave de l'affection ; dans d'autres cas au contraire tout peut se limiter à une sorte d'indisposition.

C'est surtout dans ces derniers cas qu'on a parlé de *demi-malades*. Mélier (1) dans sa communication à l'Académie de médecine sur l'épidémie de Saint-Nazaire, y insiste tout particulièrement.

« Je ne comprendrais pas, dit-il, je l'avoue, que la réalité en pût être mise en doute. Tout le monde en a vu, tous les auteurs les citent ; M. Louis en particulier m'a dit avoir vu plusieurs fois des cas qui quoique parfaitement réels avaient permis aux malades de rester debout et même de ne pas garder la chambre. Au fond il n'est pas plus extraordinaire de rencontrer de pareils cas dans la fièvre jaune que dans les maladies quelconques. En définitive ce sont des cas légers et j'aurais trouvé plus simple de les appeler de ce nom.

« Toute la question est de savoir s'ils constituent bien réellement la fièvre jaune. Pour moi, l'affirmative n'est pas douteuse. Ils sont des cas de fièvre jaune, comme des cas de variole légère ou discrète

(1) MÉLIER. — *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1863, t. XXVI, p. 84.

« sont des varioles ; comme ceux de scarlatine réduite au mal de gorge
« spécial sont des scarlatines, etc. »

Nous verrons plus loin l'importance très grande que présentent ces cas, au point de vue de l'acclimatement et de l'immunité par rapport à la fièvre jaune.

Voilà donc une première forme de fièvre jaune éminemment fruste et abortive, quelquefois limitée à des accidents si légers qu'ils peuvent être absolument méconnus quant à leur nature, et qu'en effet certains auteurs ne les considèrent pas comme des cas de fièvre jaune.

A côté de celle-ci peut prendre rang la fièvre jaune que nous avons déjà signalée. Elle se trouve décrite, citée dans tous les auteurs et souvent appuyée d'observations.

D'après ces observations on voit bien la nature de la fièvre jaune abortive ; dans quelles occasions l'observe-t-on le plus souvent ? En premier lieu, la question de *race* a une grande importance. On a longuement insisté sur ce point que les nègres présentent une immunité complète ou à peu près à la maladie. S'il est vrai qu'ils peuvent dans certains cas être pris comme les Européens, on a pu néanmoins établir cette loi générale que « moins foncée est la couleur de la peau, moins grande est la prédisposition morbide. Les nègres en sont complètement exempts ; lorsqu'ils tombent parfois malades c'est sous une forme légère (Griesinger) (1). » Cette immunité se perd par *le séjour dans un climat froid*, mais néanmoins leurs maladies sont toujours rares et plus légères que celles des Européens. Les Indiens rouges cuivrés sont peu ou pas atteints. Les créoles, tout en étant moins réfractaires que les nègres, le sont cependant plus que les blancs.

Etudions maintenant la question de constitution morbide. On observe sur ce point des faits intéressants avant et pendant les épidémies de fièvre jaune.

Avant l'apparition des cas complets de typhus amaril, on voit régner ce que Ballot appelle la constitution inflammatoire ou bilieuse, pendant laquelle les maladies régnantes semblent prendre une tournure spéciale et pendant laquelle on voit survenir des fièvres inflammatoires, éruptives, des fièvres bilieuses, pouvant aller jusqu'à la fièvre jaune sporadique. A cette période surviennent ces affections assimilées par certains médecins, Nielly par exemple, à la fièvre jaune atténuée. Elle

(1) GRIESINGER. — *Des maladies infectieuses*.

offre, avec les périodes précédant les épidémies de dothiéntérie où l'on observe tant d'embarras gastriques, une analogie des plus frappantes. Voici, d'ailleurs, ce que dit Ballot (1) de cette constitution inflammatoire :

« La *constitution inflammatoire* apparaît ordinairement en avril et « se prolonge jusqu'en novembre. Pendant l'hivernage, il n'est pas rare « de la voir revêtir la forme bilieuse. Certaines années, elle commence « dès le mois de février et va jusqu'en décembre. Elle est *annoncée* par « le passage du soleil au tropique et par la persistance des vents allant « de l'est à l'ouest en passant par le sud. Alors se développent de « fortes chaleurs, des sécheresses, des orages, etc.

« Pendant cette constitution, les fièvres intermittentes ordinaires « tendent à devenir rémittentes, pseudo-continues, rebelles à la quinine, et à revêtir des caractères plus ou moins pernicioeux ; puis, sur- « gissent des fièvres inflammatoires, éruptives, bilieuses, pouvant aller « jusqu'à la fièvre jaune sporadique. »

Pendant les épidémies de fièvre jaune, on peut voir des individus atteints d'une autre affection offrir pour ainsi dire des fragments de l'affection épidémique. « Quelques-uns sont atteints d'ictère, d'autres meurent rapidement d'hématémèse, etc. (2).

Le sexe ne semble pas avoir d'influence sur la forme du typhus amaril ; quant à l'âge, il n'en est plus de même. Les enfants surtout, pendant les épidémies, sont souvent atteints, au moins dans certaines contrées, d'une affection dénommée fièvre bilieuse inflammatoire.

Cette maladie comprend deux formes, la forme légère et la forme grave, et chacune des formes deux degrés d'intensité (3).

Pour la majorité des médecins de l'armée et de la marine qui ont étudié avec attention d'une part la fièvre jaune, la fièvre bilieuse inflammatoire d'autre part, *cette dernière ne serait qu'un degré abortif de la première* ; et cette forme tout abortive qu'elle est pourrait entraîner la mort. Cette opinion a pour elle Rufz de Lavison (4), Lota (5), Bérenger-Féraud (6), etc.

(1) BALLOT. — *De la fièvre jaune à la Martinique, sous le rapport sanitaire*, p. 6, 1881.

(2) GRIESINGER — *Loc. cit.*, p. 103.

(3) NIELLY. — *Éléments de pathologie exotique*, 1881. Paris.

(4) RUFZ DE LAVISON. — *Chronologie des maladies de la ville de Saint-Pierre* (*Archives de médecine navale*, 1869, 2^e semestre, p. 119 et suivantes.) — *Compte rendu du Traité de la fièvre dite bilieuse inflammatoire*. (*Archives de médecine navale*, 1878, 2^e semestre).

(5) LOTA. — *De l'immunité des créoles à l'égard de la fièvre jaune*. (*Archives de médecine navale*, 1870, 2^e semestre.)

(6) BERENGER-FÉRAUD. — *De la fièvre dite bilieuse inflammatoire des Antilles*. Paris, Delahaye, 1878.

« On l'a dénommée, dit ce dernier, à tort *fièvre bilieuse inflammatoire commune*, fièvre d'insolation, fièvre typhoïde des créoles. On a mieux compris sa nature quand on l'a désignée sous les noms de « fièvre d'acclimatement (à la fièvre jaune), de *synoque amarile*, de « fébricule ictérode, de *fièvre jaune abortive ou bénigne*. »

Nielly aussi considère l'identité de ces fièvres avec le typhus amaril comme très probable, et s'appuie sur le passage suivant de Bérenger-Féraud :

« La fièvre dite bilieuse inflammatoire se montre, soit à l'état de cas isolé, sporadique, soit par poussées épidémiques. Elle est transmissible. Elle est aux petites Antilles ce que la fièvre jaune est aux grandes Antilles : des grands foyers miasmatiques s'échappe le vrai et sévère typhus amaril ; des petits foyers ne peut s'échapper, en temps ordinaire, que la fièvre inflammatoire (Bérenger-Féraud). » Il conclut qu'elle confond ses causes avec celles de la fièvre jaune.

Donc, *trois formes*, en quelque sorte, de *fièvre jaune abortive* :

1° Fièvre jaune, légère, ébauchée, demi-maladie, affection constituée par la fièvre jaune, dépourvue de deux périodes et à pronostic bénin.

Disons, à propos de cette forme, que la fièvre jaune est loin d'être constamment mortelle et que l'on ne devra pas considérer comme fièvre jaune abortive, tous les cas de typhus amaril guéris, les cas sporadiques, les cas prolongés. C'est ainsi que l'on ne peut ranger dans ce groupe les observations, par exemple, que l'on trouve rapportées dans la thèse de Siphnaïos (1), où existe une observation dont l'auteur lui-même est le sujet : l'affection se termine par la guérison après onze jours de maladie ; et une autre où le malade revient à la santé après vingt-trois jours de maladie avec hématomèse, melœna, etc. ;

2° Symptômes détachés de fièvre jaune, attaquant soit des individus sains, plus spécialement les nègres, quelquefois des individus en puissance d'une autre maladie ;

3° La fièvre bilieuse inflammatoire, attaquant les créoles, des gens pour ainsi dire à demi acclimatés, et surtout les créoles enfants.

Enfin, ajoutons à ces faits les cas des gens ayant subi des inoculations.

D'après le *Siglo medico* (2) du 13 décembre, le docteur Meyrignac

(1) SIPHNAIOS. — *De la fièvre jaune sporadique*. Paris, 1852.

(2) *The London Medical Record*, january 15, 1886, n° 127, new series, p. 35.

(de Panama) inocule la fièvre jaune qui attaque souvent les ouvriers et employés de la Compagnie du canal. Comme le docteur Carmona, il emploie le sédiment de l'urine des malades atteints de fièvre jaune, qui contient les zoospores du *peronospora lutea*, et l'injecte, dissout dans de l'eau distillée, avec une seringue de Pravaz. 300 Mexicains étaient inoculés avant l'épidémie de 1884 et aucun d'eux ne mourut.

L'inoculation est généralement suivie d'une attaque *abortive* de fièvre jaune à symptômes bénins, incomplets, d'une durée très courte. Cette fièvre jaune modifiée semble conférer une complète immunité contre une seconde attaque. Toutefois cette question est encore à l'étude.

Deux points restent à étudier : la *transmissibilité* des formes abortives de la fièvre jaune et l'*immunité* qu'elles peuvent conférer.

La transmissibilité n'est pas à rechercher pour la fièvre bilieuse inflammatoire où elle est évidente; quant à la forme avortée proprement dite, la transmissibilité ne semble pas être mise en doute, témoin les lignes suivantes de Bérenger-Féraud qui, parlant de la forme légère de la fièvre jaune, écrit (1) :

« Ce degré qu'on a appelé la forme ébauchée, la forme fruste, et qui, « au point de vue du danger couru par le malade, est peu de chose, « mais au point de vue de la transmission est aussi dangereux que « les autres degrés, aussi dangereux par exemple que la varioloïde « ou la variole discrète l'est pour la propagation des épidémies de « variole, etc. »

La question de l'*immunité* est plus discutée. Un premier argument en faveur de cette immunité est l'action des inoculations, action pré-servatrice, puisque des 300 inoculés de Meyrignac aucun ne fut atteint de symptômes de fièvre jaune, si l'on excepte les signes de typhus amaril atténué qu'ils présentèrent à la suite de l'inoculation.

La fièvre jaune inoculée préserve-t-elle d'une seconde attaque? En est-il de même de la fièvre jaune spontanée légère? Ici les médecins ne sont pas d'accord. Bérenger-Féraud est pour la négative.

« Disons incidemment que cette fièvre jaune incomplète est impuissante à prémunir désormais du typhus amaril, comme la chose s'observe dans les atteintes plus intenses. » Mais à son opinion nous

(1) BÉRENGER-FÉRAUD. — *Maladies des Européens au Sénégal*, p. 264, et *loc. cit.*, p. 267.

pouvons opposer celle de nombreux épidémiologistes, celle de Mélier (1), par exemple.

« Personne n'ignore que, d'après les auteurs les plus autorisés et
« d'après l'opinion commune aussi valable en cela peut-être que celle
« des médecins eux-mêmes, on n'a pas deux fois la fièvre jaune
« généralement, et que les exemples contraires sont assez rares, plus
« rares certainement que ceux de deuxième variole, de deuxième
« scarlatine, de deuxième choléra. Or, on assure que les cas légers
« de fièvre jaune préservent d'une deuxième invasion au même degré,
« ni plus ni moins que les cas graves et bien complets. Il est un autre
« point de vue sous lequel les cas légers appellent l'attention non moins
« sérieusement.

« On sait que les nouveau-venus, les Européens surtout qui arri-
« vent dans les pays à fièvre jaune, sont généralement très éprouvés
« par le climat, et qu'ils ont le plus souvent à passer par une suite
« d'accidents que l'on attribue tantôt à l'insalubrité, tantôt à d'autres
« causes, au régime, etc. Ne serait-il pas possible que chez certains
« au moins les accidents toujours plus ou moins mal définis fussent
« au fond des cas légers de fièvre jaune? Ainsi s'expliquerait l'im-
« munité dont ils jouissent ordinairement après cette espèce de tribut
« payé; ils la devraient à ce que dès leur arrivée, ils auraient eu une
« fièvre jaune qui pour être passée inaperçue, n'en serait pas moins
« positive. »

Quant à la fièvre bilieuse inflammatoire, elle conférerait une immunité presque absolue. « Pour Lota, dit Nielly, les fièvres infantiles qui surviennent pendant les épidémies de fièvre jaune sont de même nature que cette maladie. Ainsi s'expliquerait l'immunité qu'acquièrent les créoles à l'égard de la fièvre jaune. »

Par conséquent, la transmissibilité de la fièvre jaune abortive semble certaine, et une attaque de cette modalité morbide confère probablement l'immunité contre une nouvelle attaque de fièvre jaune.

(1) MÉLIER. — *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1863, t. XXVI, p. 85.

Fièvre typhoïde abortive.

Ce que nous avons dit au commencement de cette deuxième partie sur les modifications qui ont été apportées à nos procédés scientifiques par les perfectionnements introduits dans nos moyens de recherche est encore plus vrai quand on l'applique à l'étude de la fièvre typhoïde.

Avec l'apparition du thermomètre en clinique, l'évolution de la maladie qui nous occupe n'est plus ni observée, ni appréciée, comme on le faisait encore il y a à peine un siècle. Les crises et les jours critiques, qui jouaient aux yeux des observateurs un si grand rôle, ont perdu quelque peu de leur importance dans les maladies fébriles en général et plus spécialement peut-être dans la dothiéntérie. Les phénomènes critiques qui *jugeaient* la maladie excitent encore notre intérêt, règlent même notre pronostic, mais sont dépossédés de la valeur pathogénique qu'on leur accordait autrefois. Et pourtant nous n'avons fait que changer notre mode d'interprétation des crises. Mais au fond, le résultat est le même et la recherche méthodique des signes, ainsi que l'observation approfondie de la marche de la maladie, devraient n'avoir trouvé dans la thermométrie clinique qu'un procédé d'analyse plus positif, plus absolu que les procédés anciens...

I

HISTORIQUE

Si les réflexions qui précèdent sont vraies, appliquées aux maladies générales fébriles, elles s'adressent mieux encore, comme nous le verrons, à l'étude de la fièvre typhoïde et en particulier à l'étude de sa forme abortive. Aussi est-ce seulement avec Lebert, avec Griesinger et ses élèves Wegelin et Schmid que commence l'étude de la fièvre typhoïde abortive. Griesinger (1) avait décrit la fébricule typhoïde

(1) GRIESINGER. — *Infections-Krankheiten*. *Virchow's Handbuch der spec. Pathologie und Therapie*. Erlangen, 1857.

avant que Lebert n'isolât la forme abortive de la dothiéntérie. D'ailleurs la thèse de Wegelin, qui précède de trois ans le mémoire de Lebert, établirait s'il y avait lieu la priorité incontestable de Griesinger. Il me paraît plus simple de confondre dans le même groupe ces différents auteurs et de leur accorder à chacun la part qui leur revient.

Quoi qu'il en soit de ces questions de priorité, il semble acquis aujourd'hui que Lebert (1) créa le type de fièvre typhoïde abortive. Ses recherches étaient basées sur cent soixante-dix observations recueillies en quatre ans à Zurich. Il insista sur le début brusque de la maladie, par un frisson, sans prodromes. Il décrivit la disparition rapide des phénomènes dans le courant de la seconde semaine, montra la chute rapide de la température, les sueurs fréquentes; enfin il expliqua cette forme de la maladie par l'action atténuée du miasme typhique. Malgré les objections nombreuses qui ne devaient pas tarder à lui être faites, en particulier par Griesinger et Wunderlich (2), la conception de Lebert était née viable, et depuis lors un grand nombre d'auteurs, dont nous signalerons les plus importants, s'occupèrent de la question. Nous verrons bientôt en effet que les opinions furent longtemps partagées, les uns en acceptant les cas abortifs de la fièvre typhoïde, les autres en rejetant du cadre de la dothiéntérie tous ces faits de pyrexie légère avortée, qu'ils considéraient comme des exemples de fièvre éphémère prolongée, de fièvre gastrique, de fièvre rémittente gastrique, de synoque, etc.

On le voit, il en a été de cette question de la fièvre typhoïde avortée comme de toute notion nouvelle en pathologie : ce n'est pas d'emblée, sans hésitations antérieures, que la conception s'est installée. L'esprit médical dans cette question intéressante a passé comme toujours, par des transitions dont on peut trouver les traces dans les auteurs qui ont précédé Lebert, dont les voies étaient déjà tout au moins préparées; ceci soit dit, non pour amoindrir la valeur de son remarquable mémoire, mais pour rappeler comment se produit, à de rares exceptions près, la marche ascensionnelle et progressive des idées en médecine.

(1) LEBERT. — Beiträge zur genaueren Kenntniss der verschiedenen Formën des Typhus. Ueber Abortivtyphus. *Prager Vierteljahrschrift*. Bd. 56. 1857. S. 4.

(2) WUNDERLICH. — Prüfung der Calomelwirkung beim enterischen Typhus. *Arch. f. physiol. Heilkunde. Neue Folge*. Bd. 1. 1857. S. 378.

Il est bien certain que Sydenham, Cullen, Borsieri et les pyrétologistes du commencement de ce siècle, n'eurent que des notions bien vagues sur les formes abortives des fièvres infectieuses et particulièrement de la fièvre typhoïde; en forçant un peu les textes, on arriverait peut-être à identifier les synoques imputrides, les fièvres rémittentes gastriques, les éphémères prolongées à ce que nous connaissons aujourd'hui sous le nom de typhus levissimus, typhus abortivus, etc.; ce serait se donner bien du mal pour ne pas démontrer grand'chose. Sydenham (1), par exemple, signale bien une nouvelle sorte de fièvre parue à Londres en 1685 et qui lui semble, à beaucoup de points de vue, se rattacher au groupe des *fièvres continues bénignes de la fin des épidémies*. Cette maladie était souvent plus courte chez les enfants que chez les adultes. N'est-ce pas là une fièvre abortive? Toutefois les notions insuffisamment établies concernant la nature même de ces fièvres continues, nous permettent de passer outre sans rien affirmer, et d'arriver, sans plus nous attarder, au commencement de ce siècle.

Chomel (2) ne connaissait pas encore scientifiquement les formes courtes ou légères de la fièvre typhoïde. Toutefois dans une statistique où il donne le jour de la convalescence de la fièvre typhoïde, il note dix-neuf cas dans lesquels la maladie s'arrêta du huitième au seizième jour.

Bouillaud (3) observa des cas avec convalescence aux septième, huitième, onzième, treizième et quinzième jours. Mais il voyait là des arguments victorieux en faveur de la jugulation de la maladie par les émissions sanguines.

Pour Louis (4), la durée minima de la fièvre typhoïde est de quatorze jours.

Forget (5) fixe au septième jour la plus courte durée de l'entérite folliculeuse; c'était admettre la fièvre typhoïde abortive.

Rilliet et Barthez (6) décrivant la fièvre typhoïde chez l'enfant,

(1) SYDENHAM. — *Médecine pratique*. Lettre sur une nouvelle sorte de fièvre qui parut en 1685 (Traduction de JAULT). Paris 1774, p. 516 et suivantes.

(2) CHOMEL. — *Leçons de clinique médicale*. Paris 1834. La convalescence survint dans ces cas : 1 fois le huitième jour, 1 fois le neuvième, 4 fois le douzième, 3 fois du douzième au quatorzième, 10 fois du quinzième au seizième jour.

(3) BOUILLAUD. — *Clinique médicale de la Charité*, t. I. Paris 1837.

(4) LOUIS. — *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la maladie connue sous le nom de fièvre typhoïde*. Paris 1841.

(5) FORGET. — *De l'entérite folliculeuse*. 1841.

(6) RILLIET ET BARTHEZ. — *Traité des maladies des enfants*, t. II. 1861.

accordent aux formes légères un laps de temps qui peut ne pas dépasser quinze jours. En outre, frappés de ces malaises prolongés qu'on rencontre souvent chez les enfants, aussi bien d'ailleurs que chez les adultes, en temps d'épidémie, ces auteurs se demandent, à propos de la dothiéntérie, si l'on ne pourrait pas rapprocher des fièvres typhoïdes anormales « les cas assez nombreux où l'on voit des enfants « subir l'influence de l'épidémie sans cependant offrir tous les symptômes de la dothiéntérie, et rester ainsi *pendant huit à dix jours* « dans un état mixte entre la santé et la maladie? »

En France, jusqu'à il y a vingt-cinq ans, on le voit par les citations qui précèdent, la notion de fièvre typhoïde *légère* et de courte durée dominait exclusivement. La conception de l'*avortement* possible, on devrait pouvoir dire de l'*abortivité*, n'était pas encore mise en lumière. Certains auteurs n'acceptaient même pas que la durée de la fièvre typhoïde pût être inférieure à deux septénaires. Valleix n'admettait pas les cas de fièvre typhoïde qui n'atteignaient pas quatorze jours. Monneret pensait que les variétés de la fièvre typhoïde ne sauraient être indiquées. Hardy et Béhier (1) disent, en parlant de certaines fièvres typhoïdes qui pourraient être guéries du douzième au quatorzième jour : « Ce sont là des chiffres donnés par Grisolles dans sa *Pathologie*. Mais « on peut se demander s'il s'est bien agi, dans ces cas, d'une véritable « fièvre typhoïde qui aurait avorté avant l'ulcération des plaques de « Peyer. Quant aux faits de guérison avant le dixième jour, il est « permis de rejeter complètement l'idée de fièvre typhoïde. Pour ce « qui est de nous, il nous paraît qu'on ne doit accepter la guérison « complète de la maladie avant le vingtième jour. »

Trousseau, dans ses cliniques, tendait à ranger parmi les formes légères de la fièvre typhoïde, les maladies décrites sous le nom de fièvre muqueuse, de synoque, etc. Les auteurs du *Compendium* de médecine parlaient déjà de la fièvre typhoïde qui s'arrête du huitième au quatorzième jour.

Le mémoire de Lebert souleva la question de la *forme abortive* de la fièvre typhoïde. Malheureusement cet auteur rangeait parmi les cas abortifs des observations de maladies ayant présenté vingt-un et vingt-trois jours de durée. Il confondait donc sous la même dénomination des fièvres typhoïdes vraiment abortives et des fièvres typhoïdes légères.

(1) HARDY ET BÉHIER. — *Pathologie interne*, t. IV, p. 92. 1880.

C'est à Griesinger (1) le premier, et à ses élèves Wegelin (2) et Schmid (3) après lui, qu'on doit d'avoir établi définitivement la distinction bien nette entre les formes *atténuées* et les formes *abortives* de la pyrexie. Griesinger donnait aux formes abortives de la fièvre typhoïde le nom de *typhus levissimus* que nous ne conserverons pas pour les raisons énoncées plus haut : la fièvre typhoïde abortive pouvant être sérieuse et même grave au début. Le terme de *levissimus* est donc impropre lorsqu'il s'agit de fièvres avortées. Citons Griesinger : « Pour la première fois j'ai décrit d'une façon dogmatique les formes « les plus légères : je les ai observées en étudiant les variations si « intéressantes de température et j'ai prouvé leur dépendance de la « fièvre typhoïde (4). » Il venait de dire qu'il y a de véritables fièvres typhoïdes « d'une durée de cinq jours et à côté de ces fièvres si incomplètes, de si courte durée qu'on pourrait les nommer *éphémères*, « il y a les formes *moyennes* d'une durée de sept, dix, quatorze « jours, etc., jusqu'aux formes les plus classiques. » Pour cet auteur, le développement incomplet du processus est caractérisé par la *marche abrégée* de l'évolution. Il apprécie la durée de la maladie d'après la durée de la fièvre. Enfin il comprend également dans le *typhus levissimus* les cas de cinq, sept, quatorze jours et ceux qui se prolongent jusqu'au seizième jour. Nous croyons devoir noter quelques détails cliniques intéressants pour montrer dans cet exposé historique les idées un peu différentes, parfois même presque contradictoires, que les auteurs ont sur la question qui nous occupe. C'est ainsi que Griesinger estime que les symptômes sont absolument analogues à ceux des formes communes ; en voici les principaux traits : invasion rapide, frisson, température élevée, céphalalgie, vertige, insomnie, tuméfaction de la rate ; diarrhée ou constipation, quelquefois albuminurie. En outre, les *taches rosées* existeraient même dans les cas les plus courts, elles apparaîtraient alors vers le sixième jour, plus tôt que d'ordinaire. Dans les cas de courte durée, la fièvre tombe *assez brusquement*, jusqu'à l'apyrexie complète, vers le sixième ou septième jour, et la convalescence s'établit au milieu de *sueurs abondantes*. Pour les cas qui durent plus

(1) GRIESINGER. — Traité des maladies infectieuses. Traduction Lemattre, Paris 1868.

(2) WEGELIN. — Dissertatio, Zurich 1854.

(3) SCHMID. — Ueber typhus levissimus, Zurich 1862.

(4) Ce travail a été reproduit dans la dissertation de Schmid (Zurich 1862), qui démontre qu'à Kiehl la forme *abortive* de la fièvre typhoïde est plus fréquente que la forme *légère*.

longtemps, la fièvre diminue vers le neuvième jour, mais elle persiste encore le soir jusqu'au quatorzième ou seizième jour en offrant de grandes oscillations. La *convalescence* est ordinairement *très courte*, elle peut être troublée parfois par une rechute.

N'oublions pas enfin les idées générales de Griesinger sur la fièvre typhoïde abortive : il considère la maladie comme une série successive d'intoxications. Les formes atténuées, dont il est un des défenseurs les plus ardents, sont « niées encore aujourd'hui, dit-il, parce qu'on n'est « pas encore habitué à se persuader que toutes les maladies infectieuses « ont leurs formes les plus légères ». Aussi les sépare-t-on artificiellement des cas confirmés « et on les appelle *catarrhe aigu de l'estomac*, « *fièvre gastrique* ou *rhumatismale* ». Au point de vue de l'épidémicité, Griesinger ajoute que ces cas ne sont pas vraiment sporadiques, que presque toujours ils sont « un élément d'une épidémie, quelquefois « même d'une *épidémie domiciliaire*, et qu'ils montrent ainsi de la « manière la plus évidente leur communauté de développement avec « la fièvre typhoïde ordinaire ».

Liebermeister (1) distingue catégoriquement la fièvre typhoïde bénigne ou légère (typhus levis, typhus levissimus) de la forme abortive (abortiv typhus). Pour lui, c'est la *durée* courte qui fait le caractère distinctif, le début du typhus abortif pouvant être léger ou grave.

Dans ses leçons cliniques sur la thermométrie dans la fièvre typhoïde (2) et dans son traité de pathologie, M. Jaccoud accepte les descriptions de Lebert et de Griesinger, et insiste sur les caractères pathognomoniques de la période du début de ces formes abortives où l'on observe les oscillations ascendantes caractéristiques de la fièvre typhoïde.

Bäumler (3) et Jürgensen (4) confirment les descriptions de Lebert et de Griesinger. Bäumler insiste sur l'invasion rapide de la maladie,

(1) LIEBERMEISTER. — Ueber die Ursachen der Volkskrankheiten. Akad. Antrittsrede, Bâle 1865.

— Infectiouskrankheiten und Typhus abdominalis, in *Ziemssen's Handb. der spec. Pathol. und Therap.*, Leipzig 1876.

— Vorlesungen über spec. Pathol. und Therap., Bd. I. Infectiouskrankheiten, 1885, Abdominal Typhus, p. 126.

(2) JACCOUD. — Thermométrie dans la fièvre typhoïde. *Clinique de la Charité*, p. 596, Paris 1867.

(3) BAÜMLER. — Klinische Beobachtungen über Abdominaltyphus in England. Die leichtesten Formen der typhösen Infection. *Deutsch Arch. f. Klin. Med.* Bd. III, 1867, s. 387.

(4) JÜRGENSEN. — Ueber die leicht Form. des Abdominaltyph. *Samm Klinisch. Vorträge*, Nr. 61.

sur la prostration très hâtive qui va même jusqu'à offrir au troisième jour un tableau menaçant, le tout pouvant au bout de peu de jours arriver à une défervescence très rapide. Parmi les cas cités par Baümeler il en est un qui ne dépassa pas cinq jours. Jürgensen a observé également des cas qui se terminaient entre le quatrième, le sixième et le septième jour.

En 1870 la Société médicale des hôpitaux de Paris s'occupa de l'existence des formes abortives de la fièvre typhoïde, qui régnait à Paris. Le docteur Guyot appelait l'attention sur un fait que la plupart des médecins des hôpitaux, comme le disait le docteur Besnier (1), rapporteur de la commission des maladies régnantes, pouvait avoir observé : « Certains
« malades présentent un ensemble de symptômes, y compris de *nom-*
« *breuses taches rosées*, pouvant faire supposer qu'ils sont atteints de
« fièvre typhoïde, tandis que, après quelques jours de traitement, on
« peut leur donner de la nourriture, et que bientôt la guérison est
« complète. » Six ans plus tard, MM. Guyot, Besnier, Bucquoy, Rendu, Lereboullet et Laveran reprenaient cette question et montraient que ces formes abortives s'observent dans les épidémies dont la mortalité est très faible (2).

Laveran (3) s'efforce de démontrer qu'un certain nombre de maladies fébriles de courte durée rappelant les fièvres inflammatoires essentielles, les synoques simples, les synoques imputrides, doivent rentrer dans le cadre des fièvres typhoïdes avortées. Il donne à l'appui de son assertion vingt-cinq cas, dans lesquels le minimum de durée fut de six jours et le maximum de dix-sept jours. Suivent onze observations sur lesquelles nous aurons à revenir.

Pour Murchison (4), la plupart des fièvres « connues sous le nom de « *fièvre simple continue* ou de *fébricule* sont des attaques de fièvre « typhoïde avortée qui se terminent entre le dixième et le vingtième « jour ». Sur deux cents observations, dans sept cas seulement la durée n'a pas dépassé dix à quatorze jours. Dans la forme abortive, les lésions intestinales se terminent par résolution au lieu d'aller jusqu'à l'ulcération.

(1) *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 28 janv. 1870; *ibid.* 1872.

(2) *Ibid.*, 1876, p. 240, 303 et 304, — et 1877 (p. 41, Laveran, rapporte sur 60 cas de fièvre typhoïde observés par lui, 18 observations de fièvre typhoïde abortive), et p. 124.

(3) LAVERAN. — De la fièvre typhoïde abortive ou fébricule typhoïde. (*Archives générales de Médecine*, 1870, p. 424).

(4) MURCHISON. — *La Fièvre typhoïde*. Trad. Lutaud. Paris, 1878.

Les caractères principaux de cette forme seraient pour Murchison : début ordinaire d'une fièvre typhoïde commune, quelquefois cependant très accusée; épistaxis, souvent constipation au lieu de la diarrhée habituelle; les taches rosées apparaissent souvent mais non pas toujours au septième jour. La présence de l'éruption rosée est le seul élément du diagnostic, ou bien encore le fait de l'existence de fièvres typhoïdes se montrant simultanément *dans la même maison*.

Lorain (1) rappelle la fréquence des formes abortives de la fièvre typhoïde, surtout en temps d'épidémie. Il tend à accepter l'hypothèse d'une *typhoïdette*. Il en rapporte trois observations fort intéressantes (observations XXIII, XLVII et XLVIII). La première surtout est remarquable par une seconde éruption de taches rosées lenticulaires, à la fin de la maladie, trois jours après le début de l'apyrexie, alors que le malade était en pleine convalescence.

Le docteur Sorel (2) a étudié la fièvre typhoïde en Algérie, et a observé quelques cas terminés au treizième ou quatorzième jour par défervescence brusque. Ces cas abortifs lui ont paru proportionnellement plus communs qu'en France. Gueguen avait noté le même fait aux colonies (3).

Dans ses excellentes cliniques, Cadet de Gassicourt (4) décrit la fièvre typhoïde abortive. Il relate six cas rentrant dans notre cadre : un cas a duré dix jours, trois douze jours, et deux quatorze jours.

G. Homolle (5) admet que la fièvre typhoïde abortive résulte d'une *infection peu profonde* du sujet qui, grâce à sa résistance organique, lutte énergiquement contre une forte dose de virus. Il distingue deux types dans cette forme abortive : le premier caractérisé par sa courte évolution, le second par la bénignité de ses symptômes. Il admet un début brusque; les maxima thermiques ne dépasseraient pas 40 degrés; l'éruption rosée lenticulaire et la tuméfaction de la rate sont peu mar-

(1) LORAIN et BROUARDEL. — *De la température du corps humain et de ses variations dans les diverses maladies*, t. II, p. 135. Paris, 1877. « Peut-être y a-t-il une typhoïdette, comme il y a une varioloïde ». — Voyez aussi les Observations XLVII et XLVIII, fig. 61 et 62. — Voyez en outre plusieurs Observations de fièvre typhoïde *bénigne* qui durèrent 13 jours (Obs. XVI, p. 65), 15 jours (Obs. XXIII), 14 jours (Obs. XXXVI).

(2) SOREL. — *Mémoire de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1880 : La Fièvre typhoïde en Algérie.

(3) GUEGUEN. — *Archives de Médecine navale*, 1878, t. XXIX.

(4) CADET DE GASSICOURT. — *Traité clinique des maladies de l'enfance*, t. II, p. 549. 1880.

(5) HOMOLLE. — Article « Fièvre typhoïde », *Nouveau Dictionnaire de médecine et chirurgie pratique*, t. XXXVI. Paris, 1884.

quées ou très précoces. La défervescence est rapide, commence les cinquième, sixième et septième jours et finit le quatorze ou quinzième jour. La convalescence serait courte. La maladie peut se compliquer de rechute, et si la rechute survient avant que la convalescence ait eu le temps de se confirmer, elle donne lieu à une forme qu'il appelle : *forme abortive à rechute subintrante*.

Guéneau de Mussy (1) range parmi les fièvres bénignes ces *formes abortives* qui peuvent débiter avec une grande violence puis se terminer du quatorzième au seizième jour. Il admet avec Griesinger que l'évolution de la maladie peut être encore plus courte et ne pas dépasser cinq jours. Il rappelle que Sennert, Plater, Rivière, Borsieri, Cullen, séparaient cette forme de la fièvre continue. « Pour moi, dit-il, j'ai « depuis longtemps défendu cette doctrine et considéré le plus grand « nombre des *fièvres dites synoques* ou *continues simples* comme des « formes abortives ou bénignes de la dothiéntérie. Il n'y a pas plus de « différence entre ces affections et la dothiéntérie confirmée, qu'entre « les formes légères des fièvres éruptives et leurs formes complètes, « scarlatine, variole, coqueluche et autres maladies infectieuses. »

Le professeur Bernheim (2), consacre à la fièvre typhoïde abortive plusieurs études. En 1877, dans sa clinique médicale il admet et décrit le typhus abortif qui correspond aux cas où les plaques de Peyer se résolvent sans s'ulcérer. Contrairement à l'idée de Lebert qui veut que le typhus abortif soit la typhoïde atténuée dans son expression symptomatique, le professeur de Nancy déclare que la qualification d'*abortive* ne peut convenir à la fièvre typhoïde que quand la durée de la maladie a été trop courte pour que l'évolution anatomique ait eu le temps de s'achever. Il admet les signes distinctifs créés en clinique par les auteurs allemands, début brusque *sans prodromes*, ascension rapide avec frisson, symptômes précoces; défervescence hâtive, du quatrième au quinzième jour, en *terrasse*, rapide, complète en vingt-quatre à soixante-douze heures. Les taches rosées et la tuméfaction de la rate se sont montrées du deuxième au cinquième jour. La fosse iliaque est presque toujours sensible (3).

(1) GUÉNEAU DE MUSSY. — Clinique médicale, t. III; Traité théorique et pratique de la fièvre typhoïde dothiéntérique. Paris 1884.

(2) BERNHEIM. — Clinique médicale, 1877, p. 312 et suivantes.

(3) Voici le résumé de l'évolution thermique proposé par M. Bernheim : « L'évolution « thermométrique de la fièvre typhoïde *non abortive* est comprise dans la formule suivante : « Période initiale, 3 à 4 jours; période d'état, un à trois septénaires; période de déclin,

M. Bernheim résume ses observations dans les propositions suivantes :

I. *Quand un individu est pris brusquement de fièvre intense avec ou sans frisson et que le premier ou le deuxième jour de cette fièvre la température est à 40 degrés, il est probable qu'il s'agit ou d'une fièvre typhoïde abortive, ou d'une maladie fébrile autre que la fièvre typhoïde.*

II. *Une température très élevée pendant le premier septénaire, matin et soir, n'indique pas toujours une fièvre typhoïde grave et longue; elle peut s'observer même dans les formes abortives.*

III. *Une température élevée, matin et soir, à 40 degrés et au-dessus, pendant plusieurs jours dans le cours de la deuxième semaine, ou au début de la troisième, n'indique pas sûrement une forme grave et prolongée.*

Cette dernière proposition est, selon la remarque de M. Bernheim, en complet désaccord avec l'opinion de Wunderlich qui, dans ce cas, admet qu'il faut s'attendre à une *marche grave* (1).

Enfin, après avoir cité plusieurs observations, M. Bernheim admet, avec M. Grisolle, que même dans la forme la plus bénigne et la plus courte, l'amaigrissement, la faiblesse et la lenteur de la réparation sont sans proportion avec l'intensité de la maladie.

Le docteur Lebon, élève de M. Bernheim, décrit en 1884, dans sa thèse inaugurale (2) une épidémie de fièvre typhoïde observée aux forges de Liverdun. Il fixe au dix-huitième jour les derniers termes de la fièvre abortive, et acceptant, avec M. Bernheim, que dans toute fièvre typhoïde la période prodromale et la période d'invasion ne sont jamais distinctes; il compte le début de la maladie d'après le début des prodromes.

« 6 à 10 jours. Dans les cas graves, période secondaire irrégulière commençant vers le « troisième septénaire.

« La fièvre typhoïde *abortive* a un début brusque; période d'augmentation de 1 à 2 jours; « période d'état, 2 à 14 jours; période de déclin, 24 à 72 heures. »

(1) WUNDERLICH. — *Loc. cit.*, p. 314. « Il faut toujours s'attendre avec une grande probabilité à une *marche grave*, aussitôt que dans la deuxième semaine, la température du « matin reste constamment au-dessus de 39°,5, que les températures du soir atteignent ou « dépassent 40°,5... »

(2) LEBON. — Relation de l'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit en décembre 1883 aux forges de Liverdun. *Thèse de Nancy*, 1884.

Sur 94 cas de fièvre typhoïde, 26 furent abortives. Voici d'ailleurs le tableau qui nous permettra de réduire à 15 le nombre des cas abortifs, notre limite fixée d'abortivité étant le quinzième jour :

La durée fut :	dans 3 cas.....	12 jours.
—	— 4 cas.....	14 —
—	— 8 cas.....	15 —

Il admet que c'est la courte durée qui caractérise la forme abortive et non pas son appareil symptomatique.

Dans un mémoire paru l'an dernier, M. Bernheim (1) revient en partie sur ses idées antérieures concernant le typhus abortif. En particulier, il s'empresse de rectifier quelques idées de l'école allemande. Il s'élève contre la doctrine de Liebermeister et de Jürgensen qui peut se formuler de la façon suivante : période d'augment plus rapide, symptômes de la maladie plus précoces, défervescence précipitée. « Si ces données cliniques étaient exactes, dit-il, il faudrait penser que la « fébricule n'est pas tant une fièvre typhoïde *avortée*, c'est-à-dire « tournant court, arrêtée en chemin, qu'une fièvre typhoïde à marche « plus rapide, à allures précipitées, arrivant plus vite à sa fin parce « qu'elle s'est déroulée plus vite. Pareille conception me semble en « désaccord avec l'idée que nous nous faisons sur l'évolution des « germes morbides. » M. Bernheim ne trouve aucune différence dans le mode de début ; les symptômes (taches rosées, diarrhée, bronchite) ne sont nullement précoces, et dans 40 cas sur 52 la défervescence fut lente et non brusque comme l'admettent la plupart des auteurs allemands. La fièvre de convalescence est rare à la suite des fébricules typhoïdes, la rechute s'y rencontre quelquefois (4 fois sur 50). M. Bernheim admet en outre au point de vue doctrinal qu'il ne s'agit pas d'une question de terrain, mais bien plutôt d'une question de germes, et que la fièvre typhoïde est une infection qui procède par intoxications successives, si bien que la maladie proprement dite peut durer de quelques jours à quelques mois.

Un élève du professeur Bouchard, M. Winslow-Warner Skinner (2), étudiant la méthode réfrigérante employée par son maître dans le traitement de la fièvre typhoïde, rapporte une statistique empruntée à M. Bouchard et portant sur 274 cas observés avant l'emploi de la nouvelle méthode. Il résulte de son travail que 47 cas se terminèrent avant le commencement du troisième septénaire. Nous devons à la bienveillance de M. Bouchard communication de 249 observations dont une partie doit rentrer dans la statistique du docteur Skinner : nous en rendrons compte plus loin. M. Bouchard pense que la fièvre typhoïde

(1) BERNHEIM. — Fièvre typhoïde abortive ou fébricule typhoïde. (*Revue médicale de l'Est*, 1885.)

(2) WINSLOW-WARNER SKINNER. — Thèse de Paris, 1885.

bien traitée dure en moyenne dix-neuf jours, et que plus la forme clinique a été légère, plus fréquentes paraissent être les rechutes. (Communication orale.)

Enfin, il y a quelques mois à peine, le docteur Weil, professeur à la Faculté de Heidelberg, a fait paraître un travail remarquable sur la fièvre typhoïde (1). Son étude est basée sur 105 observations, dont, de 99 malades guéris, 25 présentèrent la forme abortive (terminée *avant* le seizième jour). Weil distingue les formes *légères* de la typhoïde et ne les confond pas avec les formes abortives qui peuvent être légères ou graves. Il rapporte 8 cas de typhus abortif grave. Il a observé l'ascension rapide de la température, pouvant aller jusqu'à 40 degrés; la défervescence se fit le plus souvent par lysis; il insiste sur la rareté relative de l'éruption rosée lenticulaire, sur l'existence de l'albuminurie dans quelques cas, sur la fréquence de la rechute (5 fois sur 32 cas), et sur la bénignité du pronostic. Enfin il semble accepter l'action favorable du calomel, des bains et de la quinine (Jürgensen). Nous aurons d'ailleurs souvent l'occasion de revenir sur ce mémoire, dont nous consignons les cas dans notre tableau statistique (2).

II

LIMITATION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

On vient de voir par le rapide exposé historique qui précède que les opinions des auteurs sont souvent divergentes, si même elles n'expriment pas le plus profond désaccord. Que doit-on, à l'heure actuelle, entendre par fièvre typhoïde abortive? Il serait peut-être bien plus aisé de dire ce que n'est pas la forme abortive, que de la définir. Une dothiéntérie qui ne dépasse pas 39 degrés pendant les trois semaines que dure son évolution et qui ne donne lieu qu'à de légers

(1) A. WEIL. — *Zur Pathol. und Therap. des Typhus abdomin.* Leipzig, 1885.

Il est bon de noter que Weil admet avoir eu à soigner 32 cas abortifs, légers ou graves, mais ses calculs acceptent le seizième jour comme terme de la forme abortive. Nous verrons plus loin les motifs qui nous font accepter le quinzième jour comme jour limité.

(2) Consultez encore :

PICOT ET D'ESPINE. — *Manuel pratique des Maladies de l'Enfance*, 1880. Ces auteurs signalent plusieurs cas n'ayant pas dépassé huit à dix jours.

DESCROIZILLE. — *Maladies des Enfants*, 1883. L'auteur cite des cas de cinq, sept, douze et treize jours.

phénomènes généraux, constitue une forme atténuée, légère, un typhus *levis* ou *levissimus*. Par contre un malade succombant au cinquième ou huitième jour d'une fièvre typhoïde extrêmement grave ne meurt pas d'un typhus abortif alors même que le début en aurait été subit et que la symptomatologie tout entière en aurait évolué d'une manière suraiguë. Faut-il donc admettre que la forme abortive correspond uniquement à la *fébricule* typhoïde de Griesinger, c'est-à-dire à la dothiéntérie atténuée dans ses signes et raccourcie dans son évolution? Dans ce cas, quelle épithète donner à ces faits de fièvre typhoïde débutant avec un appareil symptomatique retentissant, voire même grave, et qui arrivés au dixième ou douzième jour, en pleine période d'état, subissent tout à coup en quelques heures, vingt-quatre à soixantedouze heures, une modification profonde qui les fait virer vers la guérison rapide? Il ne s'agit pas là, il faut le reconnaître une fois pour toutes, de *fébricule* typhoïde et cependant la maladie, qui a bien manifestement tourné court, est une fièvre abortive.

Une fièvre typhoïde abortive peut donc, suivant les cas, être très légère, bénigne, ou au contraire revêtir une allure clinique inquiétante, s'accompagner même de complications dangereuses, non seulement au début de la maladie, mais même plus tard, lors de la convalescence, où les rechutes sont si fréquentes, ainsi que nous le verrons plus loin. En résumé, fièvre typhoïde abortive et *fébricule* typhoïde ou typhus *levissimus*, sont deux. Disons mieux : la *fébricule* typhoïde rentre, en grande partie, dans la forme abortive à condition d'avoir une durée plus courte que la durée moyenne de la maladie. Le terme consacré oscille entre dix-neuf et vingt et un jours.

Une *fébricule* sera donc abortive toutes les fois qu'elle n'aura pas atteint le terme habituel; il en sera de même pour toute fièvre typhoïde commune. Par conséquent l'avortement de la maladie consiste, non pas dans l'*atténuation* des symptômes, mais bien dans le raccourcissement de l'évolution clinique, avec cette réserve toutefois que la terminaison sera favorable.

Bref, une fièvre typhoïde abortive c'est une fièvre qui, ne durant pas le temps ordinaire, se termine par la guérison. Cette définition englobe donc les *fébricules* typhoïdes de courte durée, les fièvres typhoïdes atténuées et certains cas de fièvre typhoïde grave mais guérie rapidement avant l'époque habituelle de la convalescence.

Reste à régler la question de la durée de cette forme ainsi délimitée.

Si, comme l'enseigne le professeur Bouchard, une fièvre typhoïde *bien soignée* dure dix-neuf jours en moyenne, devra-t-on faire rentrer dans le cadre des formes abortives tous les cas qui ont duré *moins* de dix-neuf jours? Je ne rappelle que pour mémoire l'opinion de Lebert, qui englobait dans les fièvres abortives même celles qui s'étaient prolongées jusqu'au vingt-troisième jour. Jürgensen, Griesinger admettent que la forme abortive ne doit pas dépasser le seizième jour de la maladie. Ce dernier dit en effet que « le typhus levissimus se termine assez « rarement en sept jours, et sa durée la plus fréquente, du moins chez « nous, est de sept à quatorze jours. » On retrouve là la conception des septénaires, c'est celle qui a nos préférences et que nous adopterons (1). Sans doute il y a dans ce choix, déjà adopté par Griesinger, Bernheim et Homolle, une limite arbitraire; il faut bien cependant choisir un terme, et le terme de la fin du second septénaire est logique et simple: il a de plus pour lui la consécration du temps, étant admis depuis la médecine hippocratique, pour laquelle les maladies marchaient le plus souvent par périodes de sept jours. Voilà bien des raisons valables pour accepter la limite du deuxième septénaire (du quatorzième au quinzième jour) comme terme de la forme abortive. Les cinq jours intermédiaires entre la fin de la forme abortive et celle de la forme commune appartiendraient, si l'on voulait les utiliser, à des fièvres typhoïdes *courtes*.

Afin de donner une idée à peu près exacte de la fréquence de la forme abortive ainsi délimitée, j'ai réuni 1,161 cas de fièvre typhoïde terminée par la guérison (2).

(1) GRIESINGER ajoute que l'on doit compter parmi les cas de typhus levissimus ceux qui n'ont que quatorze à seize jours de durée.

(2) La plupart de ces cas sont inédits (sauf les statistiques du *Middlesex hospital Reports* et de *Weil* (de Heidelberg). J'adresse ici tous mes remerciements à MM. les professeurs Vulpian, Peter, Bouchard, Ball, Laboulbène; à MM. Moutard-Martin, Duguet, Cadet de Gassicourt, Constantin Paul, X. Gouraud, A. Robin, Sorel, Bouchut, médecins des hôpitaux, et à MM. Lejard, Poupon, Le Noir, Raymond pour l'obligeance qu'ils ont eue en me confiant les observations et les tracés thermiques qui m'ont permis de dresser le présent tableau.

TABIEAU indiquant 1161 cas de Fièvre typhoïde terminés par la guérison

AUTEURS	NOMBRE TOTAL DE CAS OBSERVÉS	PROPORTION					
		CAS ABORTIFS		FORMES PROLONGÉES		DATE INDÉTERMINÉE	DES CAS ABORTIFS POUR CENT
		1 ^{er} SEPTÉNAIRE	2 ^e SEPTÉNAIRE	3 ^e SEPTÉNAIRE	4 ^e SEPTÉNAIRE		
i. M. Bouchard...	249	2	38	72	79	52	6
ii. M.M. Duguet, Cadet de Gassicourt, Gouraud.....	47	»	14	22	8	3	»
iii. M. A. Robin..	100	»	15	24	28	33	»
iv. M. Sorcl.....	385	»	58	128	143	56	»
v. M.M. Laboulbène, Ball, Bouchut, Bourdon.....	79	1	21	26	18	13	»
vi. M. Letulle...	105	»	14	20	26	36	9
vii. M. Weil (de Heidelberg)	99	4	21	22	27	25	»
viii. <i>Middlesex hos- pital Reports</i> pour 1883.....	97	2	12	»	»	»	83
TOTAUX.....	1161	9	193	314	329	218	98
		202		959			
							14,43
							EN MOYENNE 17,39 0,0

Dans ce tableau statistique je divise en septénaires la durée de la maladie. Je compte comme abortifs tous les cas terminés avant le début du troisième septénaire. Je trouve 202 cas abortifs et 959 cas plus prolongés. J'établis la proportion pour 100 et je trouve en moyenne 17,39 0/0 :

Cas abortifs.....	202	} 1161
Cas non abortifs.....	959	
Proportion des cas abortifs.....	17,39 0/0	

Cette proportion assez considérable doit se rapprocher du chiffre exact ; car, en dehors de conditions épidémiques particulières, sur différents terrains (comme Paris, Londres et Heidelberg) la résultante des différentes proportions indiquées (16 0/0, 29,78 0/0, 15,06 0/0, 27,84 0/0, 13,33 0/0, 25 0/0, 14,43 0/0) peut être considérée comme assez exacte. Au surplus les chiffres soumis à notre examen sont trop peu considérables pour nous permettre de généraliser davantage les notions qui en découlent. Je pourrai cependant ajouter que la question du traitement ne me paraît pas devoir entrer ici en ligne de compte, du moins pour une part importante, puisque les faits observés sont tous des cas fort écourtés qu'une intervention thérapeutique ne peut pas avoir profondément modifiés.

On remarquera que les deux dernières colonnes horizontales rapportent deux statistiques déjà publiées (*Weil*, de Heidelberg, et le *Middlesex hospital Reports* pour 1883) (1). Toutefois, il m'a paru intéressant de signaler ici ces deux travaux qui n'ont pas encore été reproduits en France ; ils permettent d'établir un terme de comparaison entre Paris, Londres et Heidelberg.

Il résulte de ce tableau que sur 202 cas de fièvre typhoïde abortive, la convalescence commença :

Sur 202 cas {	9 fois la première semaine.
	193 fois la seconde semaine.

A l'aide d'un certain nombre de ces 202 cas rapportés dans le précédent tableau, les uns qui me sont personnels, les autres qui m'ont été confiés, me servant en outre d'une vingtaine d'autres observations de fièvre typhoïde abortive que je dois à l'obligeance de MM. Rigal, Ferrand, Constantin Paul, Hutinel, Ed. Hirtz, Planchard et Raymond, j'ai pu réunir 80 observations *complètes* de fièvre typhoïde abortive qui me

(1) On doit noter que dans la statistique du *Middlesex hospital Reports* nous n'avons pas relevé la durée des cas ordinaires terminés après le second septénaire.

serviront de base pour l'étude critique que je vais entreprendre. Il m'a paru en effet qu'il serait plus utile d'aborder, à l'aide de documents nouveaux et inédits, la solution des différents problèmes soulevés par la doctrine de la fièvre typhoïde abortive, que de relater servilement sans autres détails les recherches des auteurs qui ont précédé. J'ai suffisamment énoncé dans le premier paragraphe de ce chapitre, les idées doctrinales contenues dans les travaux antérieurs. Me guidant sur ces travaux, je voudrais soumettre au contrôle des faits que je possède les opinions déjà formulées. De cette façon les divergences et les contradictions apparentes éclairées par des faits nouveaux, sans idées préconçues, s'expliqueront mieux et pourront peut-être même se confondre dans une conception doctrinale plus simple à la fois et plus compréhensive.

III

ÉTUDE CRITIQUE DES SYMPTOMES

Entrons ainsi dans l'étude symptomatique de la fièvre typhoïde abortive et cherchons les caractères qu'elle offre en clinique. Tâchons surtout de savoir si elle présente des caractères distinctifs, propres à la faire reconnaître dès son début, c'est-à-dire des signes pathognomoniques, ou bien si elle ne diffère de la fièvre typhoïde commune que par certains points, dont le seul important et même capital est une durée *écourtée*.

Pour arriver à ce but, il nous faudra suivre pas à pas la symptomatologie didactique de la fièvre typhoïde ordinaire, ou du moins dans ses détails les plus importants.

Tout d'abord commençons par l'*incubation* de la maladie. Il est évident que la notion exacte de la durée de la période d'incubation de la fièvre typhoïde pourrait présenter un grand intérêt au point de vue qui nous occupe.

On sait que dans certains modes d'infection, l'élément morbide arrive plus directement dans les voies digestives où il va dès lors se cultiver (pénétration par la voie gastrique ou intestinale de substances liquides, eau, lait contaminées, véhiculant les germes infectieux). Dans ces conditions pour ainsi dire expérimentales, la période d'incubation serait

plus courte que dans les cas ordinaires. Parkes semble même admettre que l'incubation ne durerait, dans ces conditions, que deux ou trois jours, au lieu de dix, douze et quatorze jours, chiffres habituellement admis pour l'incubation ordinaire.

Peut-être donc, avec un nombre suffisant de documents bien recueillis, pourrait-on rattacher à ce mode d'infection rapide un certain nombre de typhoïdes abortives. D'ailleurs le nombre de jours accordés à l'incubation de la fièvre typhoïde est des plus variables. C'est ainsi que Griesinger signale un cas dans lequel l'incubation a duré un jour.

Ce serait sans doute le lieu d'aborder ici une question particulièrement intéressante : Je veux parler de l'influence des causes accidentelles. On sait le rôle important concédé par M. Potain à toutes les causes accidentelles et notamment aux traumatismes dans la détermination de la dothiéntérie. M. Lépine (communication orale) admet également l'action pathogénique des causes accidentelles, principalement du froid, ou mieux de l'impression du froid. Il a vu, entre autres observations remarquables à cet égard, le cas suivant : Un individu bien portant va, le samedi, au théâtre. En sortant, il éprouve un léger frisson et le lendemain matin (dimanche) est atteint des symptômes de *pneumonie* : (points de côté, crachats abricot, fièvre intense...). Le lundi il entre dans le service du professeur Lépine, où l'on constate les signes précédents et les signes physiques d'une *pneumonie unilatérale*, caractérisée par des râles crépitants et un souffle tubaire doux. Le mardi (troisième jour de la maladie), les signes physiques s'atténuent ; le mercredi, ils tendent à s'effacer ; mais à la fin du premier septénaire, surviennent des taches rosées et les signes abdominaux d'une dothiéntérie. Dans ce cas, il s'agissait d'une pneumo-typhoïde ; et l'on sait, nous le dirons d'ailleurs plus loin, que les pneumo-typhoïdes sont une des formes cliniques de la dothiéntérie qui revêtent fréquemment le type abortif.

On n'a pas souvent l'occasion d'observer des malades atteints de fièvre typhoïde et dont l'incubation paraît avoir été des plus rapides. Voici, à cet égard, une observation bien nette que j'ai recueillie dans le service de M. le professeur Vulpian dont j'étais l'interne. Elle montre un début de fièvre typhoïde brusque, sans grands prodromes, puisque la veille encore du jour où la fièvre commença, le malade était parfaitement bien portant. La maladie avorta le quatorzième jour.

OBSERVATION (résumée). *Fièvre typhoïde abortive. Début brusque sans prodromes*

appréciables, à la suite d'un bain froid. Convalescence au quatorzième jour.— Il s'agit d'un homme de trente ans, habitant Paris depuis quinze ans, ayant toujours joui d'une bonne santé.

Il entre à l'hôpital le 22 juillet, malade depuis six jours seulement.

Le 16 juillet, dans l'après-midi, étant allé aux bains froids, il se jeta à l'eau tout en sueur. Tout d'abord il ne ressentit rien, mais dans la nuit il fut pris d'un *frisson violent* qui dura trois heures, bientôt une forte céphalalgie s'établissait qui ne devait plus cesser. Le lendemain matin, il éprouva de vives douleurs dans l'abdomen; des coliques fréquentes apparurent en même temps que des sueurs très abondantes. L'appétit disparut.

La nuit suivante, un nouveau frisson, aussi violent que le premier, se produisit et fut suivi, vers le matin, de sueurs extrêmement abondantes.

Ces mêmes phénomènes, identiquement coordonnés, se reproduisirent les autres nuits qui précédèrent son entrée à l'hôpital; la veille il eut un vomissement.

Le jour de son admission, le malade présente le facies caractéristique d'une fièvre typhoïde; la stupeur est même assez marquée et fait craindre une forme adynamique. Le malade paraît extrêmement abattu, le regard est sans expression, les paupières sont à demi-closes; la parole est très lente, la tête immobile. La céphalalgie est intense et empêche le sommeil.

En outre, il existe du vertige, des bourdonnements d'oreille. La langue est blanchâtre, un peu sèche à son extrémité; les bords sont rouges. Soif vive, pas de nausées ni de vomissements, mais constipation depuis le début de la maladie. Le ventre est ballonné et très douloureux à la pression, surtout au niveau des deux fosses iliaques; les coliques persistent très vives. La fièvre est forte, température 39°,9 le soir de l'entrée; 39°,6 le lendemain; le pouls est lent 72.

Deux ou trois taches rosées très caractéristiques sur l'abdomen et le thorax. Rate peu volumineuse; respiration un peu rude.

Le malade affirme que la veille du jour où il prit son bain froid, il était parfaitement portant.

Deux jours après son entrée, le 24 juillet, la température atteint pour la première fois 40°,3 le soir. Les taches rosées sont devenues beaucoup plus abondantes. L'abdomen reste très douloureux.

Le 27 juillet la défervescence commence: la température qui les jours précédents n'était pas descendue au-dessous de 39 degrés, reste ce matin à 38°,8. Le 28 elle tombera à 38° matin, 38°,8 soir: la période des oscillations descendantes commence donc le onzième jour de la maladie. Le quatorzième jour la température ne dépassera plus 37°,9.

Dès le quinzième jour (31 juillet), la température tombe à 36°,9 et pendant sept jours consécutifs, l'apyrexie persiste ainsi, oscillant de 36°,4 à 37 degrés. En même temps le pouls, qui s'était élevé au-dessus de 96 dès le lendemain de l'entrée, tombe, lui aussi et oscille autour de 68.

Pendant la convalescence, le malade conserva une légère céphalalgie et une notable sensibilité de l'abdomen. Quand il partit pour Vincennes, le 22 août, trente-sept jours après le début de sa maladie, sa convalescence était déjà fort avancée. Il n'eut pas de rechute: un seul jour, le trente-troisième de sa maladie, la température était remontée à 38 degrés pendant une journée sans qu'on pût savoir la raison de cet accès de fièvre éphémère (fièvre de convalescence?).

On est donc en droit d'admettre, l'observation précédente en fait foi,

que l'incubation de la fièvre typhoïde abortive peut se faire très rapidement ou tout au moins d'une façon tellement insidieuse qu'elle ne donne lieu dans quelques circonstances à aucun trouble de la santé.

Passons au *début* de la maladie. Comment commence-t-elle? Cette pyrexie abortive commence-t-elle d'une manière spéciale? Offre-t-elle des prodromes? Son début est-il au contraire brusque, violent ou tout au moins inattendu? Pour Griesinger, Homolle, le début se ferait ordinairement sans prodromes, ou précédé seulement de céphalalgie pendant un ou deux jours.

Dans un certain nombre des observations de forme abortive réunies dans le *Middlesex hosp. Reports* de 1883, nous relevons quelques frissons, un léger malaise général, de la courbature notés avant le début de la fièvre.

Weil (de Heidelberg) n'a constaté de prodromes que quatre fois sur ses trente-deux observations. Ces prodromes, toujours légers, consistaient en sensation de malaise, céphalalgie, faiblesse générale, douleurs métalliques, inappétence; ils ne duraient que quelques jours ou même une semaine. En somme la période prodromique paraît insignifiante et se réduit à quelques légers troubles prémonitoires.

Les observations que je possède mentionnent peu l'existence des prodromes. D'ordinaire, les malades que nous recevons dans nos hôpitaux sont atteints depuis plusieurs jours, et leurs souvenirs concernant les troubles avant-coureurs de la maladie qui les a frappés sont aussi vagues que mal circonstanciés. On n'obtient d'eux le plus souvent qu'avec peine la notification du jour où ils ont vraiment commencé à se sentir touchés. C'est de ce jour-là, qu'on doit, à l'exemple du professeur Bouchard pour qui c'est une loi, faire commencer le début de la maladie. MM. Bernheim et Lebon ont donc raison de confondre volontairement la période prodromique avec le début de la fièvre typhoïde. De cette façon la numération des jours de la maladie est plus correcte, et si elle prolonge au total, la durée effective de la maladie confirmée, elle offre cet avantage inestimable d'être exacte et précise. Le jour où le malade atteint de typhoïde s'est mis au lit n'est pas toujours, il s'en faut, le jour où il a commencé sa fièvre, tandis que le jour où il s'est *senti malade*, peut être admis comme début de la dothiéntérie.

Ceci dit pour expliquer les calculs un peu différents suivant les observateurs et les légères erreurs qui peuvent s'être glissées dans nos chiffres statistiques, à cause de la provenance variée des observations

que nous avons à notre disposition, nous pouvons aborder l'histoire du début de la fièvre typhoïde.

Ce *début*, nous ne le constatons pas fréquemment, à l'hôpital du moins, moins encore peut-être dans ces formes abortives de la fièvre typhoïde qui restent légères du commencement à la fin. Le typhus levissimus échappe bien souvent non seulement au médecin mais au malade lui-même; et, comme le disent fort judicieusement les auteurs et en particulier le professeur G. Sée, c'est là une des raisons de ses dangers. Qui n'a observé ces cas de perforation intestinale chez des individus atteints, à leur insu, d'une fièvre typhoïde si légère qu'ils continuaient à vaquer à leur vie active? Cette forme *perforante* de la fièvre typhoïde, comme l'appelle M. G. Sée, ne constitue pas, à vrai dire, une fièvre typhoïde *abortive*, bien qu'elle tourne court, subitement, dans un grand nombre de circonstances, et se termine par la mort rapide. Si la maladie *avorte*, à dire vrai, c'est *accidentellement*, par suite d'une complication redoutable, le plus souvent mortelle, et il est bien impossible de dire quelle en aurait été la durée dans le cas où la plaque de Peyer ulcérée ne se serait pas rompue.

Cet incident clos, revenons au début de la typhoïde abortive. Quand on peut la saisir sur le fait, comment procède la fièvre dans son invasion? Sur ce point les auteurs, nous l'avons déjà vu, sont loin d'être d'accord. Les uns, je ne fais que le rappeler, Jürgensen, Liebermeister, Weil et la presque totalité des auteurs allemands admettent que le début est *beaucoup plus brusque* que dans les formes ordinaires. Jürgensen, par exemple, signale un début soudain soixante-quatorze fois sur quatre-vingt-sept cas. De même Liebermeister accepte qu'un frisson très intense indique le plus souvent le début de la forme abortive. M. Bernheim (*Clinique médicale*) admet dans ses premiers travaux un début brusque, sans prodromes, un frisson violent par exemple et une ascension rapide de la température qui arrive vite à 40 degrés. Pour Weil, le début est presque toujours brusque.

On comprend quelles seraient la valeur diagnostique et l'importance pronostique de ce mode de début, si l'unanimité des auteurs le considérait comme constant. Malheureusement cette opinion est loin d'être admise par tous. MM. Bernheim et Lebon (1) reviennent sur cette

(1) LEBON, *loc. cit.*, sur 26 cas abortifs, a observé douze fois le début brusque et quatorze fois le début lent.

opinion trop exclusive des auteurs allemands. Dès 1872 d'ailleurs, Thaon (1), dans une étude remarquable sur la fièvre typhoïde chez les enfants, signale qu'il n'a jamais observé de frisson, et que dans les vingt observations de fébricule abortive qu'il a recueillies, huit fois seulement le début fut brusque.

Sur nos quatre-vingts observations, le début brusque n'est signalé que cinq fois. Nous étudierons d'ailleurs plus loin, à propos de la marche de la température, les différents caractères de la courbe thermométrique; contentons-nous, pour le moment, de rapporter un cas dans lequel le début même de la fièvre typhoïde abortive a été constaté à l'hôpital. Nous devons à notre ami le docteur Lejard, cette intéressante observation, recueillie par lui dans le service du docteur Cadet de Gassicourt.

Voici le fait, résumé brièvement:

Fièvre typhoïde abortive (enfant de 13 ans)

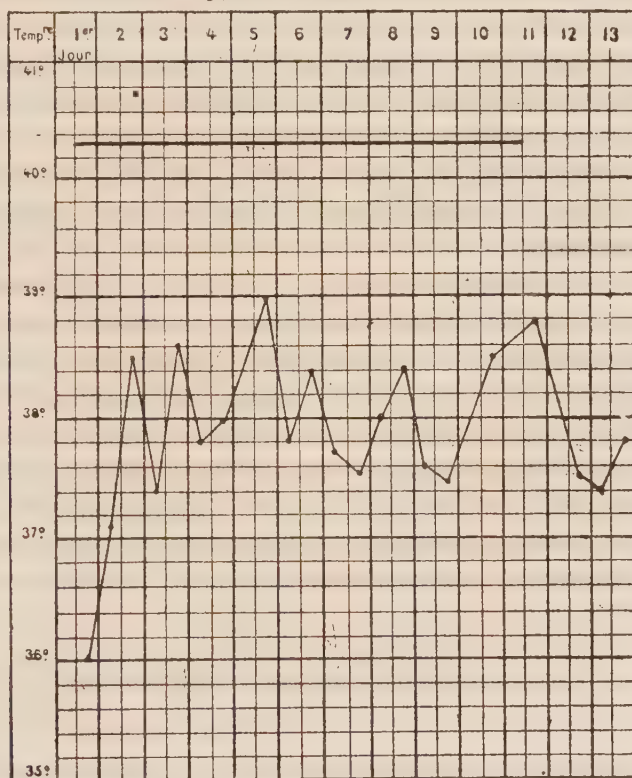


FIG. 1.

(1) THAON. — *Mouvement médical*, 1872, ancienne série, n° 18, 19, 24.

OBSERVATION. *Fièvre typhoïde abortive, début progressif, durée douze jours.* — Il s'agit d'un enfant de treize ans et demi, amené le 6 octobre 1882 à l'hôpital Lariboisière, pour y être traitée d'une fièvre typhoïde.

D'après les renseignements fournis par ses parents, cet enfant serait convalescent d'une fièvre typhoïde qui aurait débuté il y a six semaines.

Aujourd'hui l'enfant va mieux, sa convalescence a été régulière. Température axillaire 36 degrés.

Dès le lendemain soir, la température axillaire montait à 38 degrés et atteignait 39 degrés le quatrième jour.

Cette rechute probable de fièvre typhoïde devait être légère et de courte durée, car le douzième jour la convalescence commençait et se déroulait cette fois sans entrave.

Qu'il se soit agi, dans le fait précédent, d'une rechute de fièvre typhoïde ou d'une première poussée, le cas n'en est pas moins remarquable, parce qu'on a pu saisir le début même de la pyrexie abortive.

Pour ce qui est des autres phénomènes qui ont caractérisé dans nos observations l'invasion de la maladie, ils sont des plus variables. Nous trouvons signalés surtout la *céphalalgie* et le *frisson*, soit violent et unique, soit répété. Nous sommes loin de la proportion signalée par Weil (1) au sujet du frisson qui, pour cet auteur, n'aurait manqué que *six* fois sur ses trente-deux cas. Laveran, par contre, n'avait jamais rencontré le frisson violent, mais il avait souvent observé des frissons légers et répétés. Chez vingt enfants, Thaon n'observa pas une seule fois ce symptôme.

Dans nos observations nous trouvons signalées plus d'une fois la *courbature*, les *douleurs musculaires*, des phénomènes gastro-intestinaux, particulièrement les vomissements et la diarrhée. Enfin, dans quelques cas rares (deux de nos observations en font foi chez l'enfant), les vertiges, les étourdissements assez intenses pour faire tomber le malade à terre, indiquaient bien le début d'une maladie inquiétante.

En somme, au point de vue de l'appareil symptomatique, le début de la forme abortive semble bien, abstraction faite des caractères de l'évolution thermique, n'offrir aucune particularité importante.

PÉRIODE D'ÉTAT. — La fièvre a pris possession du malade; elle s'est

(1) WEIL ajoute que huit fois le frisson fut violent, et que plusieurs fois les frissons reparurent un certain nombre de jours à la même heure, suivis de sueurs vespérales, quoique les malades ne fussent certainement pas atteints de malaria.

élevée, comme nous l'indiquerons bientôt, en un temps variable à son acmé; la maladie est arrivée à la période d'état. Cherchons à la caractériser cliniquement et pour cela dissociions les phénomènes morbides : étudions tout d'abord les *signes physiques*, nous verrons ensuite les *phénomènes généraux*, ce qui nous donnera l'occasion d'étudier spécialement la marche de la température.

Les *signes locaux* ne nous arrêteront pas longtemps. Car, en réalité, ils ne diffèrent pas ici notablement des symptômes de la forme commune. Dans la forme abortive de la fièvre typhoïde, en effet, c'est la même inappétence, la même anorexie; c'est aussi la langue saburrale, tremblante, rouge, quoique un peu moins, souvent sèche et fendillée ou fuligineuse. C'est encore la même sensibilité iliaque, les mêmes gargouillements, le même ballonnement du ventre. Ici aussi la diarrhée, les vomissements sont notés plus ou moins souvent. Toutefois la constipation, si fréquente dans certaines formes de la fièvre typhoïde commune, serait peut-être ici plus habituelle. Quant à la tuméfaction de la rate et à l'albuminurie (symptôme à peu près constant d'après Griesinger dans le cas où la fièvre est vive), ce sont deux phénomènes communs à la forme ordinaire et à la forme abortive. Je ne parle pas des taches bleues qui, naguère encore, étaient considérées comme un signe à peu près pathognomonique de la synoque. Si on les rencontre dans les formes abortives de la fièvre typhoïde, formes si fréquemment confondues jadis avec la synoque et avec la rémittente gastrique, leur valeur diagnostique s'est singulièrement modifiée comme on le sait. Les recherches de M. Moursou, de M. Duguet et de son élève Mallet ont démontré victorieusement l'origine, pour ainsi dire constamment parasitaire de la tache bleue, causée par les *pediculi*.

La valeur de tous les signes énumérés plus haut a été diversement interprétée par les auteurs, au point de vue qui nous occupe. M. Laveran, par exemple, estime que ces signes, inconstants et variables, n'ont rien de particulier. Pour la plupart des auteurs allemands, au contraire, deux signes auraient une grande valeur, par leur constance et leur précocité : la tuméfaction de la rate et l'éruption rosée lenticulaire, la roséole typhoïdique. Ces deux signes apparaîtraient constamment du *deuxième* au *cinquième* jour de la maladie.

Les *taches rosées* nous occuperont d'abord. L'accord n'est point fait sur cette question, tant s'en faut. Griesinger admet la constance de l'éruption rosée, qui serait en même temps hâtive, puisqu'elle se ferait

au *sixième* jour. Pour MM. Bernheim et Lebon, les taches rosées, la diarrhée, la bronchite, ne sont notées qu'à la *fin du premier septénaire*, quelquefois dès le cinquième jour. Laveran ne les a trouvées que 10 fois sur 25 cas. Guéneau de Mussy affirme la confluence des taches rosées ; il note de plus un fait curieux, la persistance possible de l'éruption jusqu'à la défervescence.

Nous trouvons dans Lorain (1) une observation (la treizième) intéressante à ce point de vue : La maladie ne dépassa pas quatorze jours de durée. En pleine convalescence, au dix-septième jour, une nouvelle éruption rosée lenticulaire se produisit sans que la température dépassât 37 degrés. Pendant ce temps le pouls suivait, depuis le début de la convalescence, une ligne de descente qui devait le faire tomber de 80 à 46.

Dans les trente-deux cas de Weil, la roséole manqua dix-sept fois, fut douteuse deux fois et certaine treize fois seulement.

Sur mes quatre-vingts observations, les taches rosées sont observées trente-cinq fois environ ; sept ou huit fois on les note comme très abondantes, plus fréquemment on signale leur extrême rareté (2) qui concorde bien avec l'état endémique actuel où les taches rosées, d'une manière générale, paraissent être bien plus rares qu'il y a quelques années. Dans deux observations de M. C. Paul nous ne trouvons qu'une et deux taches rosées.

Ce que nous venons de dire pour la *fréquence* de l'éruption rosée lenticulaire, nous allons à peu près le répéter à propos de son *époque d'apparition*. Si nous nous en rapportons à nos trente-cinq cas, les taches rosées ne paraissent pas beaucoup plus hâtives dans la forme abortive que dans les autres. Le cas le plus précoce apparût le quatrième jour. Assez souvent la poussée cutanée ne se fait que du cinquième au sixième jour, le huitième, le dixième jour, dans des fièvres dont la durée totale fut de quatorze et quinze jours.

Plusieurs fois même l'éruption rosée fut notablement tardive, eu égard à la courte durée de la maladie. En voici quelques exemples :

(1) LORAIN (*loc. cit.*) rapporte une observation de typhoïdette où il n'y eut que deux taches rosées lenticulaires.

(2) Pour les quarante-cinq observations où l'éruption rosée n'est pas signalée, je dois

L'éruption rosée apparut	{	1 fois le	9 ^e jour, la défervescence eut lieu le	15 ^e jour.
		1 —	9 ^e —	12 ^e —
		1 —	9 ^e —	11 ^e —
		1 —	10 ^e —	14 ^e —
		1 —	11 ^e —	12 ^e —
		1 —	7 ^e —	7 ^e —

Fièvre typhoïde abortive, taches rosées tardives

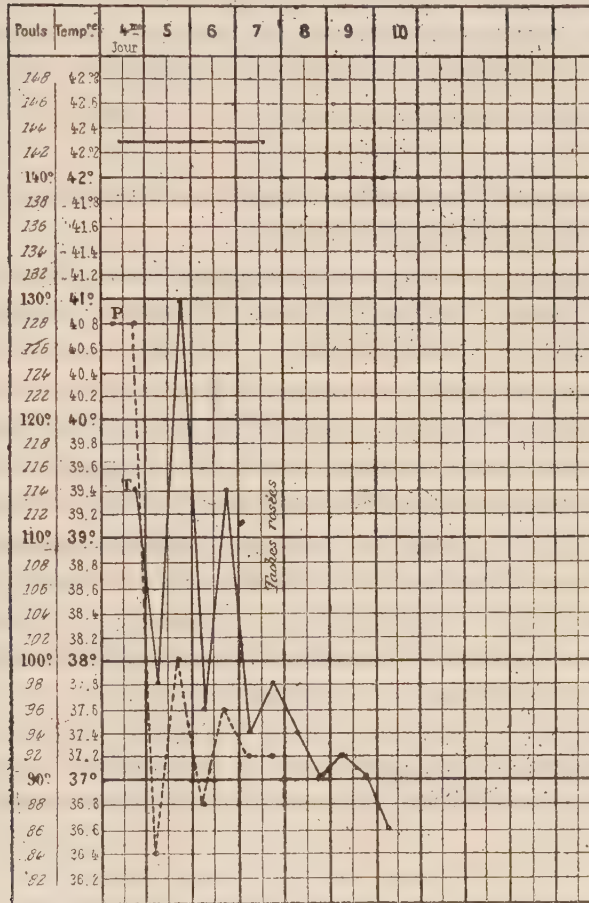


FIG. 2.

Nous rapportons ici la courbe de la dernière de ces observations.

remarquer que dans les unes, les auteurs signalent leur absence, tandis que dans les autres elles ne sont pas mentionnées.

L'éruption rosée se fit le septième jour, et coïncida avec la défervescence (1).

La *durée* de la roséole est un point sur lequel, en dehors de Guéneau de Mussy, les auteurs ne paraissent pas avoir beaucoup insisté. Dans mes observations on signale quelquefois que les taches persistent encore quelques jours après la disparition de la fièvre : dans un cas, elles n'ont duré que deux jours (du neuvième au onzième jour) et la défervescence eut lieu le quinzième jour. L'éruption peut donc être non seulement très discrète, mais encore très fugace; elle semble avoir surtout son siège sur la paroi abdominale, mais quelquefois aussi on l'observe sur le dos.

Dans un cas, dû à mon maître et ami le docteur Duguet, il existait des *taches bleues* et des *pediculi pubis*.

La tuméfaction de la *rate* est un symptôme bien plus fréquemment noté que la roséole. C'est ainsi que dans le *Middlesex hospital Reports* sur quatorze cas, le gonflement splénique fut nettement noté onze fois. Weil admet que ce signe est constant et plus ou moins accusé : tantôt en effet la rate était simplement appréciable par la percussion, tantôt au contraire (huit fois sur trente-deux cas), elle était même accessible à la main; enfin dans trois cas elle formait une véritable tumeur splénique.

Je terminerai le résumé des symptômes notés dans mes quatre-vingts observations en disant que le météorisme de l'abdomen, le gargouillement iléo-cœcal, la sensibilité iliaque, la diarrhée, la rate volumineuse sont très souvent signalés. Le catarrhe bronchique fut moins fréquent, une fois il s'accompagnait d'une laryngite légère.

Enfin je termine cette énumération des signes physiques en notant une *tuméfaction du foie* appréciable par la percussion (trois cas dans le *Middlesex hospital Reports* et deux de nos observations).

(1) WEIL (*loc. cit.*) insiste sur ce fait que les taches rosées apparurent d'ordinaire plus tôt que dans les formes communes de la maladie.

Elles apparurent :

3 fois.....	le 4 ^e et le 5 ^e jour de la maladie.
1 —	le 6 ^e jour de la maladie.
3 —	le 7 ^e —
3 —	le 8 ^e —
2 —	le 10 ^e —

Chez ce dernier malade les taches apparurent le dixième jour de la maladie, et il y avait trois jours que la fièvre avait disparu.

J'arrive aux *symptômes généraux*. Je n'insiste ni sur la courbature, ni sur la céphalalgie, pas plus que sur l'insomnie et l'abattement qui sont très fréquemment notés dans nos quatre-vingts cas : je signalerai seulement en passant l'agitation et même le délire qui sont quelquefois spécialement indiqués dans plusieurs des observations dues à mon ami le docteur A. Robin. Je noterai encore que l'*état typhoïde* est parfois notable, mais je dois le dire, le facies si caractéristique a été rare, dans les faits que je relate; d'ailleurs la plupart des auteurs sont du même avis à cet égard, surtout Laveran, qui insiste sur le même fait.

En réalité tous les signes que nous venons de passer en revue, à part l'apparition épiceritique de la roséole (*roséole tardive*), n'ont rien de caractéristique; nous verrons si l'étude de deux phénomènes généralement importants, la *température* et le *pouls*, peut nous fournir des indications plus précises. Nous renvoyons à la fin de la symptomatologie cette étude critique de la courbe thermométrique et des caractères du pouls; ce qui nous permettra de décrire la durée de la période d'état de la maladie.

Disons auparavant quelques mots de sa période de *terminaison*. La règle est la guérison; car je ne parle pas des accidents subits ni des complications intercurrentes dont j'aurai à dire quelques mots plus loin. La terminaison se fait donc tantôt rapide en 24-72 heures (Bernheim), tantôt *progressive*, commençant sa période au huitième ou neuvième jour, par exemple, pour n'être complète que le quinzième jour (jour de l'apyrexie) : c'est ce que MM. Bernheim et Lebon ont pu avancer en s'appuyant sur des faits (1).

L'*amaigrissement* et la perte de *poids* qui l'accompagne, ainsi que la lenteur plus ou moins grande de la *réparation des forces* n'ont, dans la fièvre typhoïde, rien de bien tranché. Pour Grisolle et pour M. Bernheim ces différents phénomènes de déchéance physiologique n'ont, dans la fièvre typhoïde en général, aucune corrélation avec la forme clinique et la durée de la maladie. On peut voir des malades atteints d'une fièvre typhoïde légère et même abortive, s'affaiblir très rapidement, s'amaigrir et fournir une convalescence lente et pénible,

(1) M. BERNHEIM (1885) a vu 40 fois sur 52 cas la période terminale (défervescence) se faire lentement. Voyez plus loin l'*Etude de la défervescence thermique*.

et l'inverse peut se produire dans des cas de fièvre typhoïde commune ou même intense.

Si je m'en rapporte à mes observations, la terminaison de la maladie se serait produite sans grands phénomènes. Toutefois je crois devoir faire remarquer que bien souvent cette période de la maladie est moins bien observée que les autres; en tout cas elle est moins régulièrement notée, sauf pour les cas assez rares (dans mes observations du moins), où quelque phénomène *critique* est survenu. M. Hutinel cite des cas dans lesquels on a signalé l'apparition d'érythème, d'éruptions vésico-pustuleuses, et surtout de sueurs profuses. Dans plusieurs de mes observations les sueurs critiques ou la polyurie sont notées au début de la défervescence (1).

Je n'ai pas à m'étendre longuement, à propos de la typhoïde abortive, sur la question des crises et des phénomènes pseudo-critiques observés dans le décours de la maladie. Je me contenterai de rapporter un cas intéressant que je dois au docteur A. Robin où le dosage des *matériaux solides* de l'urine a été pratiqué avec soin. L'observation, comme on va le voir, était bien une fièvre typhoïde abortive, et au point de vue de la physiologie pathologique elle a une valeur considérable.

OBSERVATION. *Fièvre typhoïde abortive. Péricardite. Dosage des matériaux solides de l'urine. Décharge procritique.* — Delagn..., vingt ans, entrée le 8 novembre 1876 salle Saint-Jérôme, n° 10, est au cinquième jour d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité. Gargouillement iliaque; rate assez volumineuse. Pas de taches rosées.

Le 12, roséole généralisée. Etat général plus grave. On entend à la région précordiale des frottements péricardiques rudes.

Le 13 octobre, délire nocturne qui persiste les 14 et 15 avec la même violence : il s'y joint de la dyspnée.

Dès le 18 octobre, on remarque que la température du matin descend au-dessous de 38 degrés.

Le seizième jour de la maladie (20 octobre) la température ne dépasse pas la normale. L'état général est bien meilleur : depuis trois jours on n'entend plus les frottements péricardiques.

La convalescence commence à ce moment et marche rapidement.

(1) Dans un cas dû à M. A. ROBIN, la crise sudorale survint le onzième jour et coïncida avec une chute hypothermique de 1°,5 (35°,5).

Fièvre typhoïde abortive — dosage des matériaux solides de l'urine

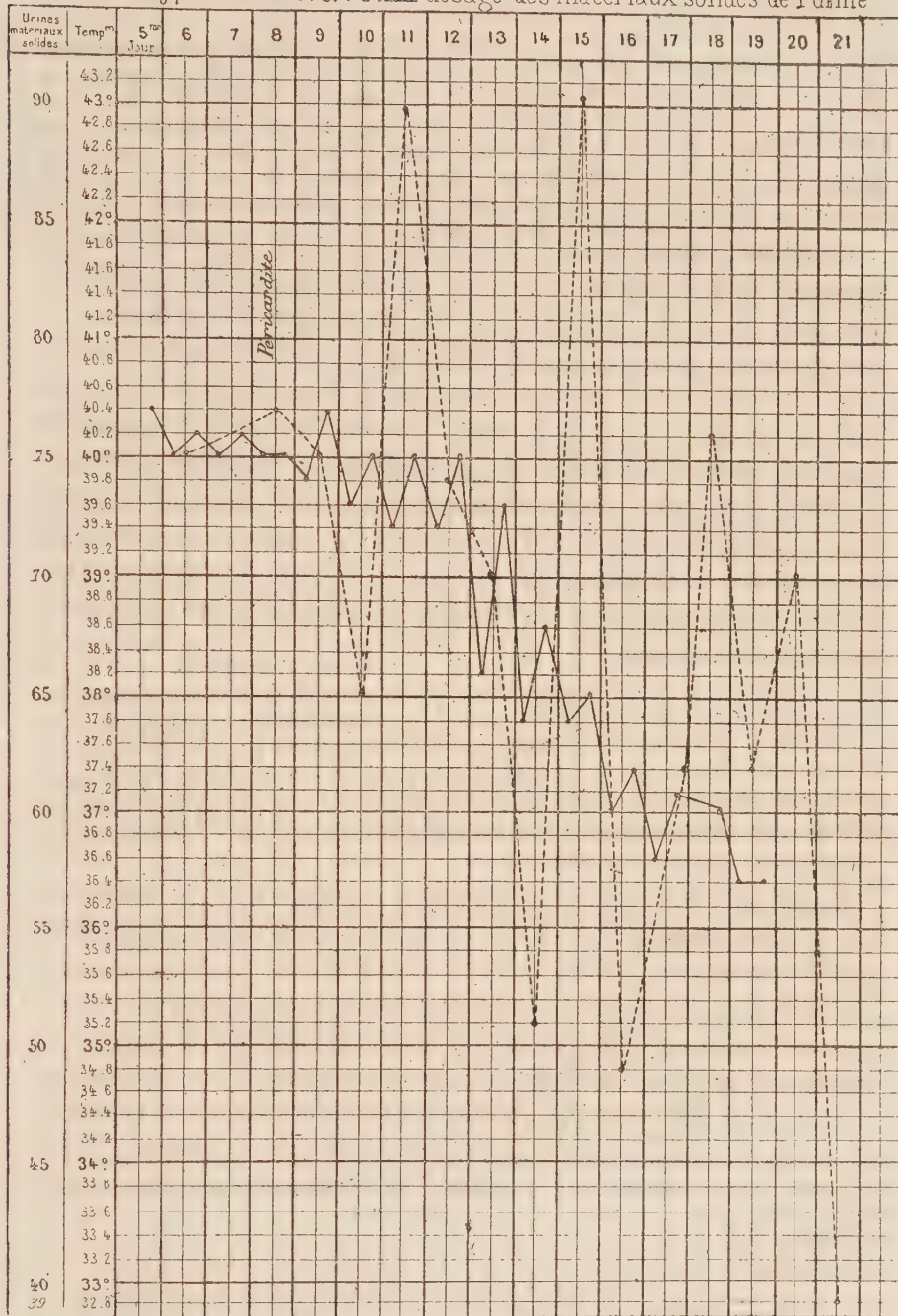


FIG. 3.

Le tableau ci-joint indique la quantité des urines rendues et le dosage des matériaux solides de l'urine :

Date	6 ⁸ bre	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Quantité d'Urine .	1600 ^r	1200	1000	1000	1000	1600	1350	1100	750	1300	700	800	1050	1600	2000	800
Matériaux solides.	74,8	»	77,2	74,8	65	89,21	74	74	51	91,26	49	62	76	63	70	39

Ce tableau est intéressant à consulter ainsi que la courbe où j'ai superposé la température et le taux des matériaux solides de l'urine. En effet, il résulte des travaux de M. le docteur A. Robin (1), que la fièvre typhoïde commune rend en vingt-quatre heures, par les urines, 52 grammes de matériaux solides. L'homme adulte et sain en rend 50 grammes. Pendant la fièvre typhoïde, en effet, il se produit dans le courant circulatoire un encombrement de produits divers, résidus des oxydations incomplètes qui sont la conséquence de la fièvre. Tous ces matériaux, preuve d'une dénutrition aussi exagérée qu'anormale, tendent à s'éliminer par les émonctoires. Or, en étudiant, dans les formes moyennes de la fièvre typhoïde, comment se fait cette élimination, on trouve que :

Les matériaux solides de l'urine s'éliminent.....	{	Pendant la période d'état, à la dose de 52 ^o 30 par jour.		
		—	—	des oscill. desc. — 53 40 —
		Dans les prem. j. de la conval.... — 56 29 —		

Par conséquent, M. A. Robin peut en conclure que la *plus petite quantité* des matériaux solides éliminés par l'urine, correspond aux périodes où la fièvre est le *plus élevée*.

La plus simple explication de ce fait est la suivante : il est admissible que les matériaux détruits n'ont pu s'éliminer en totalité pendant la période fébrile.

L'atténuation des phénomènes généraux coïncidant régulièrement avec l'élimination plus active des matériaux solides de l'urine, la conception de *rétenition* et de *nocivité* de ces produits incomplètement comburés, se présente à l'esprit. M. A. Robin démontre : 1^o la réalité de la rétenition dans le sang des déchets organiques, rétenition qui est d'autant plus grande que la forme de la maladie est plus grave (Happfner, Robin).

(1) A. ROBIN. — *Leçons sur le traitement de la fièvre typhoïde*. Masson 1886 (encore inédites).

2° L'influence de cette rétention (des produits incomplètement comburés) sur la gravité de la maladie : dans les formes graves, en effet, l'urine ne contient que 51 grammes de matériaux solides (proportion inférieure au taux urinaire de la forme commune); mais dès que la défervescence arrive, le taux s'élève à 56 gr. 50 et 60 gr. 13 pendant les premiers jours. Il y a donc là une véritable décharge urinaire, une vraie *crise*.

3° L'influence favorable des décharges de matériaux solides urinaires sur l'amélioration des symptômes de la maladie. Ici, M. A. Robin établit tout d'abord, avec ses observations, que tout phénomène présentant le *caractère critique* s'accompagne de l'élimination par l'urine d'un *excès* de matériaux solides. Il prend comme exemple les sueurs critiques et donne le tableau suivant :

		SUEURS CRITIQUES	
		AVANT	APRÈS
URINES..	{ Quantité.....	800 c. c.	1,000 c. c.
	{ Densité.....	1,026	1,024
	{ Matériaux solides...	46 gr.,80	56 gr.,16
TEMPÉRATURE.....		m. 38°,2; s. 39°,4	m. 37°,2; s. 38°,6

Il résulte des recherches de l'auteur précité que la décharge urinaire (*déchets* avec augmentation de la *quantité* des urines) est presque constante dans les formes graves, et qu'elle précède (six fois sur huit) souvent la période de lysis; elle est exceptionnelle dans les cas légers. A cet égard, notre observation (p. 96) est fort instructive; elle correspond bien à un cas grave, au typhus abortif grave terminé rapidement malgré les complications (délire, péricardite). Cette décharge des matériaux solides par l'urine n'est pas toujours procritique, elle peut accompagner la période de défervescence dans toutes ses phases (1).

(1) Sur 100 cas de fièvre typhoïde *pris en bloc*, A. Robin note que :
la décharge urinaire { 55 fois a précédé de 1 à 6 jours le début de la période de lysis.
{ 17 fois a eu lieu *au début* de cette période.
{ 15 fois au cours de la convalescence.
{ 17 fois elle manqua totalement.

Enfin, de même qu'il existe une période *prémonitoire* de la défervescence (décharge urinaire procritique), de même il y a une décharge urinaire prémonitoire de la convalescence. La décharge des matériaux retenus serait la cause de l'abaissement de la température.

En résumé il existe dans la fièvre typhoïde une désintégration organique exagérée et anormale.

Les matériaux incomplètement comburés sont retenus dans les tissus et s'échappent en grande quantité (décharge urinaire) à un moment variable de la maladie.

La crise urinaire est d'autant moindre que la forme de la maladie a été plus légère.

Ces indications générales ont trouvé précisément leur application dans le cas de forme abortive grave que nous avons relaté plus haut. En suivant les courbes, on voit que dans cette observation l'élimination des matériaux solides de l'urine a été considérable et qu'en outre elle a procédé par poussées de décharges successives très abondantes. Trois fois (le onzième, le quinzième et le dix-huitième jour), le taux des matériaux a atteint des chiffres extrêmes (90, 91, 76 gr.), ces trois décharges sont séparées les unes des autres par des journées où le taux descend à la normale ou à peu près (50, 48 gr.); on pourrait croire que l'organisme, après avoir éliminé une dose énorme de produits nocifs accumulés dans son milieu intérieur, a besoin de quelques heures de repos avant de reprendre son travail d'expulsion.

Si nous groupons brièvement les détails symptomatiques qui précèdent, nous voyons qu'en clinique, la fièvre typhoïde abortive peut présenter *trois* types assez distincts :

Le premier, type banal et commun, *typhus levis*, se caractérise par un début brusque ou lent; les symptômes ne tardent pas à paraître graves, l'ensemble de la maladie peut être sérieux au point d'inspirer des craintes pour la vie du malade, le pronostic reste hésitant jusqu'au jour où un amendement considérable, parfois subit se produit, rapidement suivi d'une convalescence normale.

Le deuxième type est celui d'un malade assez sérieusement touché en apparence, dont l'état, dès les premiers jours de la maladie, s'améliore rapidement. Toutefois la convalescence précoce est souvent prolongée; quelques complications ont pu même survenir soit dans le cours

de la période fébrile (1), soit même pendant la convalescence; dans cette forme les rechutes ne sont peut-être pas très rares.

Enfin une troisième forme clinique consiste en un *typhus levissimus abortif*, dans ces cas la maladie, bénigne dans sa marche, peut laisser une convalescence également courte ou au contraire entravée soit par une rechute, soit par un accident soudain, tel que le cas rapporté par Laveran d'une mort subite par syncope chez un convalescent de fièvre abortive.

La *convalescence* de la typhoïde abortive serait toujours longue pour certains auteurs. Ainsi Laveran fixe à quinze jours la durée moyenne de cet état intermédiaire à la santé et à la maladie. C'est bien la preuve révélatrice d'une maladie générale qui vient de s'éteindre et dont le passage nécessite des restaurations profondes et étendues dans l'intimité de l'organisme. Pour Guéneau de Mussy, il est rare de voir la convalescence troublée par quelque une des complications des formes complètes de la maladie, abcès ou névralgies. Quand une rechute survient, on dirait alors, selon l'expression de cet auteur, « que le processus morbide partage en deux actes l'élimination du principe infectieux. »

Une complication, fréquente dans les formes communes, la *fièvre de convalescence*, décrite par M. Bernheim, est rarement observée après la typhoïde abortive. Cette fièvre, « qui peut être vespertine intermittente, continue ou rémittente, très élevée, très tenace, » ne se rattache à aucune altération matérielle appréciable, et serait due à « une certaine diathèse fébrile persistante, » à une « certaine modalité contractée par le système nerveux régulateur de la température qui conserve, de par l'*habitude acquise*, une *aptitude facile à réaliser l'acte fébrile*. » (2) Dans six cas seulement, M. Bernheim a vu la température remonter quelques jours après la convalescence.

Pendant cette convalescence, les suites de la fièvre typhoïde peuvent encore persister : c'est ainsi que la constipation opiniâtre si fréquemment observée dans la forme abortive peut se prolonger encore pendant la convalescence.

COMPLICATIONS DE LA TYPHOÏDE ABORTIVE. — Pour être ordinairement bénignes et souvent légères, les formes abortives de la typhoïde ne

(1) Nous avons relevé dans nos notes deux cas de péricardite aiguë (E. HIRTZ et A. ROBIN). Nous signalerons plus loin une artérite fémorale observée par M. VULPIAN.

(2) BERNHEIM. — *Loc. cit.* 1885, p. 7.

sont pas à l'abri de complications. Toutefois il paraît résulter de ma statistique que les complications graves ne sont pas fréquentes dans le cours ou à la suite de cette forme, exception faite pour la question des rechutes.

Je passe sur un cas de Lorain où l'on signale une *ulcération aphtheuse* développée sur le pilier antérieur et gauche du voile du palais (*loc. cit.*, p. 137); je n'insiste pas non plus sur une observation d'*otite* moyenne unilatérale qui fait partie de mon dossier (un enfant) non plus que sur un cas de *panaris*, ou sur les *éruptions furonculeuses* assez rarement citées. Je voudrais seulement rappeler que la *néphrite* typhoïdique a été quelquefois signalée dans ces formes abortives. Une de nos belles observations compliquées de rechute a précisément trait à un cas de forme rénale légère. L'albuminurie serait peut-être moins fréquente dans cette pyrexie abortive. Weil ne l'a constatée que cinq fois (sur 32 cas) (1); dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une véritable *néphrite*. Weil signale en outre deux cas compliqués d'*ictère*. On comprend qu'il en soit pour les formes abortives de la dothiéntérie comme pour toutes les autres variétés cliniques : suivant certaines conditions qui trop souvent nous échappent, il est des séries où les complications sont relativement fréquentes et graves, d'autres dans lesquelles la maladie évolue le plus normalement possible. Ici, comme toujours, il est bien utile de connaître le terrain et la résistance organique du sujet frappé.

Cependant il est un groupe de complications qui, pour le cas actuel, semble avoir fourni un assez grand nombre d'exemples variés : je fais allusion aux complications portant sur l'*appareil circulatoire*. Les *hémorrhagies intestinales*, par exemple, ne sont peut-être pas aussi rares qu'on pourrait croire, étant données la courte durée de la maladie et l'atténuation évidente et précoce des lésions de la muqueuse intestinale. Lebon signale un cas d'hémorrhagie intestinale coïncidant avec la défervescence et se montrant *presque comme un phénomène critique*. Dans une des observations du *Middlesex hospital Reports* 1883, une fillette de cinq ans eut une hémorrhagie intestinale le cinquième jour de la maladie et entra en convalescence le onzième jour.

Je possède deux observations de typhoïde abortive, l'une recueillie sur une enfant de dix ans, l'autre sur un adulte de trente ans.

(1) L'albuminurie aurait été : deux fois minime, trois fois très considérable.

Fièvre typhoïde abortive (hémorrhagie intestinale)

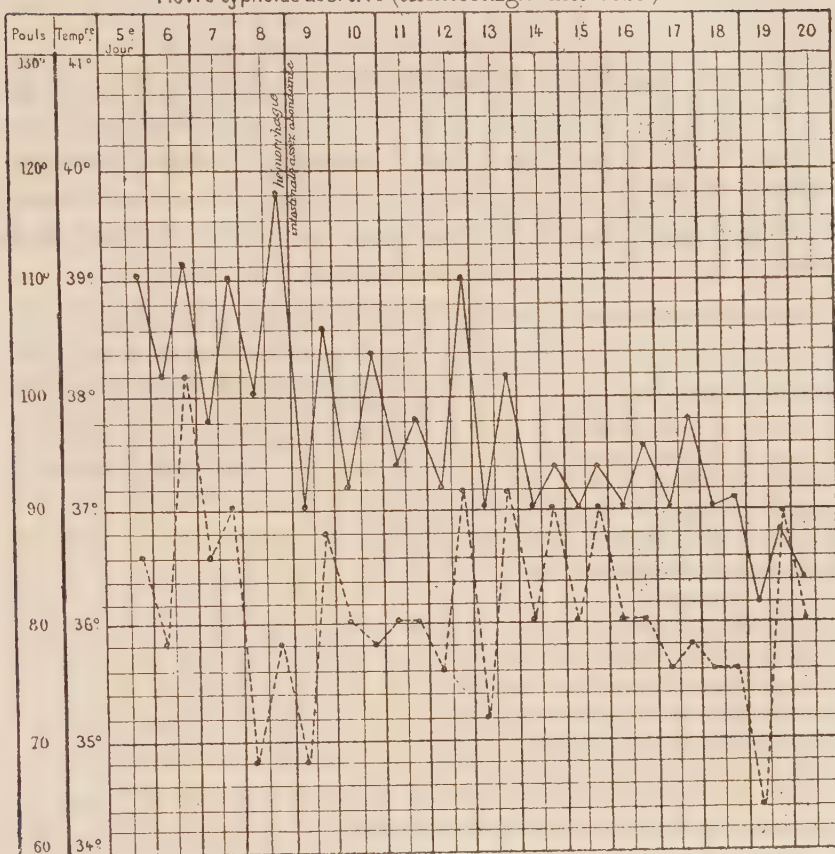


FIG. 4.

Dans la première, qui m'a été communiquée par mon ami le docteur Bourdel, il s'agit d'un homme robuste arrivé à Paris depuis dix-huit mois. Ce malade est porteur d'une exstrophie de la vessie. Il est au cinquième jour d'une maladie légère, peu accentuée, caractérisée surtout par perte d'appétit, courbature, douleurs musculaires, nuits mauvaises, céphalalgie, étourdissements, diarrhée légère. La langue est un peu blanche, nullement sèche; l'abdomen est souple, non tendu, insensible à la pression; il y a du gargouillement iléo-coecal; le foie et la rate ne paraissent nullement tuméfiés. Pas de taches rosées. Pouls 84, température 39 degrés.

Le diagnostic restait donc hésitant, et l'état général demeurant assez bon, avec une température qui ne dépassait pas 39 degrés le soir, et un pouls à peu près normal, on s'éloignait peu à peu de l'hypothèse de la fièvre typhoïde, quand, dans la nuit du 7 au 8 mai (huitième jour de la maladie) une *hémorrhagie intestinale assez abondante* se produisit, abaissant la température du lendemain matin à la normale. On constate le lendemain quelques *taches rosées* sur les cuisses et l'abdomen; la température descend régulièrement vers la normale, sauf le douzième jour au soir où une recrudescence procritique l'élève à 39 degrés. Bref, le quatorzième

jour de la maladie, six jours après l'hémorrhagie intestinale, la *convalescence* commençait.

Cette observation, résumée dans ses traits essentiels, est des mieux caractérisées. Ce n'est que du jour où le *melœna* se produisit qu'on put diagnostiquer formellement la fièvre typhoïde, et cette saignée intestinale survenant au huitième jour de la maladie, s'explique par la congestion de la muqueuse intestinale, et peut, selon l'opinion défendue par Trousseau, avoir joué un rôle favorable dans l'avortement de la maladie.

Il en sera de même pour l'autre observation, que je dois à l'obligeance de mon collègue le docteur Ferrand. Elle peut se résumer de la façon suivante : *Fièvre typhoïde abortive chez une enfant de dix ans. Hémorrhagie intestinale au dixième jour. Défervescence brusque dès le lendemain. Convalescence au quinzième jour.* Cette enfant fut prise de tous les phénomènes du début d'une fièvre typhoïde. En huit jours les phénomènes *ataxo-adiynamiques* les plus accusés se manifestèrent (prostration, insomnie, alternatives d'agitation et de délire, fièvre intense, ballonnement du ventre); apparition des taches rosées au huitième jour.

Le dixième jour, il se produisit une *forte entérorrhagie*, en même temps survint une *épistaxis*. L'hémorrhagie intestinale fut assez intense pour nécessiter l'emploi de moyens astringents.

Dès le lendemain, la température tombait presque à la normale, le pouls redevenait presque lent; les accidents nerveux disparurent et la maladie suivit un cours bénin jusqu'au quinzième jour, caractérisée par quelques phénomènes abdominaux, l'éruption plus complète des taches rosées, et la persistance d'un léger mouvement de fièvre vespérale. La convalescence fut régulière.

Ici les phénomènes généraux plus intenses, graves même, puisqu'on prononce le nom d'*ataxo-adiynamie*, furent jugulés, pour ainsi dire, par la poussée congestive portant à la fois sur la muqueuse des fosses nasales et sur la muqueuse de l'intestin.

D'autres complications, plus rares celles-ci, et relevant encore de l'appareil circulatoire ont été rapportées. Je signalerai tout d'abord une remarquable observation due à mon maître le professeur Vulpian (1). Il s'agit d'un jeune homme atteint d'une fièvre typhoïde légère dont la défervescence était complète le treizième jour de la maladie, et sur lequel, au bout de neuf jours de convalescence, commencèrent à se développer tous les symptômes d'une artérite de la fémorale sans qu'il y eut gangrène du membre. Deux mois plus tard, le malade

(1) VULPIAN. — Note sur deux cas d'accidents survenus pendant la convalescence de la fièvre typhoïde; artérite de la crurale droite dans un cas, etc. (*Revue de Médecine*, 10 août 1883.)

était guéri. M. Vulpian insistait sur la bénignité de cette forme abortive et sur le contraste qu'offrait l'état du membre inférieur ainsi lésé. Ces artérites fémorales sont bien connues depuis les observations de MM. Lereboullet, Potain, etc. L'observation qui précède démontre leur existence possible dans les formes les plus légères en apparence et les plus écourtées de la maladie infectieuse.

Les mêmes réflexions s'appliqueraient au cas suivant dû au docteur Sorel (1) : Un jeune soldat de vingt-quatre ans, atteint depuis six jours d'une fièvre typhoïde légère dont la convalescence débuta au treizième jour (typhus abortif). Le neuvième jour de la maladie apparut subitement une *hémiplégie droite avec aphasie*. La motilité reparaît très vite dans les membres paralysés; mais les troubles de la sensibilité persistent encore, ainsi que l'aphasie, au bout de deux mois. Le docteur Sorel admit qu'il s'était produit un foyer de ramollissement cérébral atteignant la capsule interne au niveau du genou.

Tous les faits précédents montrent bien que, même dans les formes les plus courtes de la maladie, les désordres produits sont beaucoup plus profonds et étendus que l'on ne pourrait l'estimer si l'on se contentait de régler son pronostic sur les caractères de la fièvre.

TEMPÉRATURE ET POULS DANS LA FIÈVRE ABORTIVE. — Nous avons réservé pour ce chapitre les détails concernant la marche de la maladie. Nous ne reviendrons pas sur les opinions des auteurs au sujet des caractères thermométriques de la fièvre avortée. Nous nous contenterons d'étudier nos quatre-vingts courbes.

Et tout d'abord, le *début* de la maladie peut être brusque, la température s'élevant en quelques heures à 39 degrés et au-dessus. Dans un de mes cas la courbe atteignait le deuxième jour de la maladie 40 degrés, le début avait donc été très rapide. Dans tous mes autres faits, la température a mis trois ou quatre jours pour arriver à son élévation maxima. J'en conclus, pour ce qui est de la série d'observations que je rapporte, que le début brusque n'est pas caractéristique de la forme abortive, car il paraît avoir manqué un très grand nombre de fois. D'ailleurs, dans le *Middlesex hospital Reports* 1883, le début brusque n'est signalé qu'une fois; pour toutes les autres observations

(1) SOREL. — Aphasie, hémiplégie droite avec hémianesthésie dans le cours d'une fièvre typhoïde. (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*), 1883, p. 150.)

(treizième cas), le maximum de la température n'a été observé que les quatrième, sixième, septième et huitième jours.

Nous voici arrivés à la *période d'état*; ici les renseignements sont plus circonstanciés; nous allons étudier plus particulièrement trois points qui peuvent présenter quelque intérêt à l'occasion de la forme abortive de la maladie. Ce seront :

- 1° Le jour de l'acmé;
- 2° Le chiffre maximum thermique observé;
- 3° Les modifications dans l'allure de la courbe avant la défervescence.

1° *Jour de l'acmé*.— Mes observations se divisent en deux groupes : a) celles dans lesquelles le jour de l'acmé a présenté quelque intérêt tant au point de vue du *quantième* de la maladie, qu'en égard à la *persistance* des hautes températures; b) les tracés où la maladie n'offre rien de bien marqué, la température oscillant autour de chiffres peu élevés; ou bien encore les courbes provenant de malades observés pour la première fois à une époque trop avancée de la période d'état. Il est fréquent, en effet, de voir ces cas de forme abortive ne s'aliter que quelques jours avant la convalescence; nous avons ainsi plusieurs courbes où seule la défervescence est inscrite.

Les courbes intéressantes me donnent les chiffres suivants. L'acmé a été atteinte :

1 fois.....	le 2 ^e jour de la maladie et l'hyperthermie a persisté	2 jours.
1 —	le 3 ^e — — —	1 jour.
1 —	le 3 ^e — — —	3 jours.
3 —	le 4 ^e — — —	1 jour.
1 —	le 4 ^e — — —	2 jours.
1 —	le 5 ^e — — —	1 jour.
1 —	le 6 ^e — — —	1 jour.
1 —	le 6 ^e — — —	2 jours.
1 —	le 7 ^e — — —	1 jour.
1 —	le 7 ^e — — —	3 jours.

On remarquera dans le tableau qui précède, que : 1° la température a atteint son maximum à des dates très variables, ce qui ne fait que corroborer ce que nous avons dit plus haut touchant le mode de début de la forme abortive; 2° que l'acmé qui a duré le plus souvent une journée, a pu persister deux et trois jours.

Nous avons pu noter en outre, que le point de l'acmé était souvent assez éloigné du jour de l'apyrexie.

2° Enfin, et ceci nous amène à considérer les *maxima thermiques atteints*, nous avons très souvent observé (57 fois au moins sur 80 cas) le chiffre de 40 degrés, 40°,5; deux fois même la température a atteint 41 degrés. Par conséquent, dans sa période d'état comme dans son

mode de début la courbe thermométrique des formes abortives de la dothiéntérie n'offre rien de caractéristique en dehors de sa durée.

3° *L'allure de la courbe aux approches de la défervescence* a été considérée par quelques auteurs comme caractérisée par l'apparition de grandes oscillations quotidiennes. Nos observations nous donnent 6 cas seulement dans lesquels de grandes oscillations ont été observées.

I. GRANDES OSCILLATIONS.

DÉFERVESCENCE.

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. (Tardiveau, enfant), du 5 ^e au 11 ^e jour..... | le 12 ^e jour. |
| 2. (Letang Joseph, enfant), 2 grandes oscillations..... | le 13 ^e jour. |
| 3. (Marie, enfant), du 11 ^e au 14 ^e jour..... | le 15 ^e jour. |
| 4. (Enfant), du 12 ^e au 15 ^e jour..... | le 15 ^e jour. |
| 5. (Enfant), du 8 ^e au 15 ^e jour..... | le 15 ^e jour. |
| 6. (J., enfant), du 8 ^e au 10 ^e jour..... | le 12 ^e jour. |

Ces 6 cas, appartenant tous à des enfants observés dans le service de mon ami, le docteur Cadet de Gassicourt, font une proportion bien faible. Nous pouvons en conclure que les grandes oscillations sont rares dans la période d'état de la forme abortive.

DÉFERVESCENCE. — Pour un grand nombre d'observateurs, la défervescence se fait rapide ou même brusque. Toutefois, comme nous l'avons vu dans le chapitre consacré à l'historique de la fièvre typhoïde abortive, tous les auteurs ne sont pas d'accord à ce sujet. M. Bernheim, dans son dernier mémoire, conclut que la défervescence est au contraire plus souvent lente que brusque 40 fois (sur 52 ans) elle aurait duré *plus de trois jours* (1). D'ailleurs Laveran dit que la convalescence est caractéristique et se fait en trois ou quatre jours. « Ce qui démontre, ajoute-t-il, que les plaques de Peyer s'ulcèrent rarement. » Guéneau de Mussy accepte aussi que la chute thermique peut se faire brusquement ou par cascade.

(1) Voici d'ailleurs le tableau de M. Bernheim, sur 52 cas :

DÉFERVESCENCE LENTE		DÉFERVESCENCE RAPIDE	
	DURÉE		DURÉE
1 fois.....	10 jours et demi.	2 fois.....	3 jours.
1 —	8 jours et demi.	6 —	2 jours et demi.
1 —	8 jours.	2 —	2 jours.
4 —	7 jours.	2 —	1 jour et demi.
6 —	6 jours et demi.		
3 —	6 jours.	12	
5 —	5 jours et demi.		
7 —	5 jours.		
7 —	4 jours et demi.		
3 —	4 jours.		
2 —	3 jours et demi.		
40			

Durée de la défervescence dans 80 cas de Fièvre typhoïde abortive

EN JOURS	JOURS DE LA MALADIE	LES OSCILLATIONS THERMIQUES (pendant la P. d'état) se firent autour de	EN JOURS	JOURS DE LA MALADIE	LES OSCILLATIONS THERMIQUES (pendant la P. d'état) se firent autour de
4	4 ^e au 8 ^e	38°,3	4	10 ^e au 14 ^e	39°—40°
7	4 ^e au 11 ^e	39°,6	2	10 ^e au 12 ^e	40°,4
6	4 ^e au 10 ^e	40°	4	10 ^e au 14 ^e	39°—40°
2	4 ^e au 6 ^e	40°	5	10 ^e au 15 ^e	40°,5
5	4 ^e au 9 ^e	39°,8	5	10 ^e au 15 ^e	39°
4	4 ^e au 8 ^e	38°	3	10 ^e au 13 ^e	40°
			5	10 ^e au 15 ^e	40°
9	5 ^e au 14 ^e	38°,8	5	10 ^e au 15 ^e	40°,3
8	5 ^e au 13 ^e	40°	3	10 ^e au 13 ^e	39°
7	5 ^e au 12 ^e	40°,8			
			3	11 ^e au 14 ^e	39°—40°
1	6 ^e au 7 ^e	39°—40°—41°	2	11 ^e au 13 ^e	40°
			3	11 ^e au 14 ^e	39°
4	7 ^e au 11 ^e	40°	4	11 ^e au 15 ^e	40°,5
3	7 ^e au 10 ^e	40°	3	11 ^e au 14 ^e	40°
5	7 ^e au 12 ^e	39°	1	11 ^e au 12 ^e	39°—40°
5	7 ^e au 12 ^e	40°	3	11 ^e au 14 ^e	39°,6—40°
4	7 ^e au 11 ^e	40°,9	4	11 ^e au 15 ^e	39°,5—40°
			2	11 ^e au 13 ^e	40°
4	8 ^e au 12 ^e	39°,2	2	11 ^e au 13 ^e	40°,5
7	8 ^e au 15 ^e	40°,6	4	11 ^e au 15 ^e	40°
7	8 ^e au 15 ^e	39°,8	4	11 ^e au 15 ^e	40°,2
4	8 ^e au 12 ^e	40°,6			
4	8 ^e au 12 ^e	40°	3	12 ^e au 15 ^e	40°
5	8 ^e au 13 ^e	40°	3	12 ^e au 15 ^e	39°
7	8 ^e au 15 ^e	40°	3	12 ^e au 15 ^e	40°
6	8 ^e au 14 ^e	39°—40°	2	12 ^e au 14 ^e	39°,8
3	8 ^e au 11 ^e	40°,5	3	12 ^e au 15 ^e	39°
6	8 ^e au 14 ^e	39°,5	3	12 ^e au 15 ^e	39°,8—40°
6	8 ^e au 14 ^e	40°,5	2	12 ^e au 14 ^e	39°,8
3	8 ^e au 11 ^e	39°—40°			
4	8 ^e au 12 ^e	40°,5	2	13 ^e au 15 ^e	40°
4	8 ^e au 12 ^e	40°	1	13 ^e au 14 ^e	40°
2	8 ^e au 10 ^e	40°,2	2	13 ^e au 15 ^e	39°—40°,5
2	8 ^e au 10 ^e	40°	2	13 ^e au 15 ^e	40°
			1	13 ^e au 14 ^e	39°,6
2	9 ^e au 11 ^e	39°	2	13 ^e au 15 ^e	39°—39°,8
3	9 ^e au 12 ^e	39°	1	13 ^e au 14 ^e	40°,2
5	9 ^e au 14 ^e	39°	2	13 ^e au 15 ^e	40°,5
4	9 ^e au 13 ^e	40°			
5	9 ^e au 14 ^e	40°	1	14 ^e au 15 ^e	40°
2	9 ^e au 11 ^e	40°	1	14 ^e au 15 ^e	39°—40°
3	9 ^e au 12 ^e	40°,5	1	14 ^e au 15 ^e	39°,8
5	9 ^e au 14 ^e	39°—40°	1	14 ^e au 15 ^e	39°—40°,4
			1	14 ^e au 15 ^e	40°—40°,8—41°



FIG. 5.

Étudions la défervescence sur nos courbes et voyons ce qu'elle nous donnera. La défervescence peut se faire au premier ou au second septénaire. Il nous faut d'abord établir sa *durée*, nous rechercherons ensuite les caractères qu'elle a pu offrir dans son évolution thermométrique.

Tout d'abord la durée. Si nous nous en rapportons à nos faits, nous reconnaissons que, en tenant compte du jour de la maladie la défervescence ne se produisit, dans ces 80 observations, que 4 fois avant la fin du premier septénaire, et 76 fois dans le second septénaire.

Défervescence	{ au 1 ^{er} septénaire.....	4 fois.
	{ au 2 ^{me} septénaire.....	76 fois.

En outre, et le tableau suivant va pouvoir être opposé au tableau de M. Bernheim, la défervescence eut une durée rapide 42 fois, tandis qu'elle n'eût une durée lente que 38 fois.

Sur 80 observations :

DEFERVESCENCE RAPIDE		DÉFERVESCENCE LENTE	
DURÉE		DURÉE	
10 fois.....	1 jour	16 fois.....	4 jours
16 —	2 jours	11 —	5 —
16 —	3 —	4 —	6 —
42 fois.		5 —	7 —
		1 —	8 —
		1 —	9 —
		58 fois.	

Concluons donc que la défervescence rapide ne dépassant pas trois jours a été aussi fréquente que la défervescence lente. Remarquons en outre que :

58 fois (sur 80 cas) la défervescence s'est faite en moins de cinq jours.
26 fois elle était accomplie en 48 heures.

Ce qui est intéressant au point de vue de la marche de la température à la fin de la période d'état de la forme abortive.

De tout ce qui précède nous pouvons retirer l'enseignement suivant : La durée de la défervescence est des plus variables, mais, détail capital elle peut être presque aussi souvent lente que rapide, étant admis que le troisième jour sert de limite entre ces deux termes.

Un point plus intéressant peut-être c'est le caractère qu'offre cette défervescence au point de vue de l'évolution thermométrique. La défervescence brusque ou rapide peut se faire d'un *seul trait*, c'est-à-dire sans ressaut : la température tombe alors régulièrement à la normale. D'autres fois, au contraire la défervescence rapide encore peut se faire en deux temps, avec une recrudescence procritique plus ou moins élevée.

La figure 6 (voir page suivante) indique assez bien cette défervescence brusque en *deux temps*, ce qu'on pourrait appeler une défervescence demi-brusque.

Quand il s'agit de défervescence prolongée, la chute thermique se fait progressivement, tantôt continue, *linéaire*, les traits graphiques se succédant suivant une ligne oblique presque droite (voy. fig. 5), tantôt au contraire avec des rémissions, des oscillations, ou une série décroissante dite en escalier qui donne sur les tracés des pointes quotidiennes, habituellement vespérales, de moins en moins élevées. Parfois enfin, comme dans les autres formes de la fièvre typhoïde, nous avons observé au moment où la défervescence se terminait une recrudescence ther-

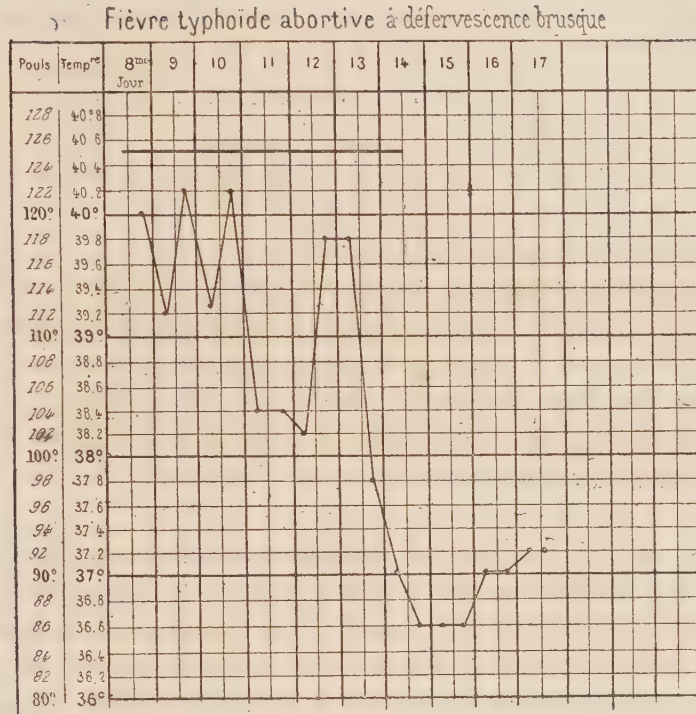


FIG. 6.

mique procritique, parfaitement comparable à la recrudescence en deux traits de la défervescence brusque.

Le tableau suivant indiquera les différents caractères de la défervescence, au point de vue des tracés graphiques.

CARACTÈRES DE LA DÉFERVESCENCE

La défervescence a été :	brusque...	d'un seul trait.....	11 fois
		en deux temps.....	16 fois
	progressive	continue (linéaire).....	3 fois
		rémittente (en escalier).....	28 fois
		avec recrudescence procritique.	8 fois
	sans caractères dominants.....		14 fois
			80 cas

Un dernier point nous reste à étudier à propos de la défervescence ; c'est le rapport de la défervescence avec les *grandes oscillations thermiques* de la période d'état. La convalescence est-elle lente ou courte quand la maladie a présenté ces grands écarts thermiques qui peuvent

toucher le matin à 37 degrés et le soir atteindre et dépasser même 39-40 degrés? Sur nos courbes, les *grandes oscillations* ont été observées :

4 fois	avec une	défervescence	brusque.
2 fois	—	—	rapide en deux temps.
1 fois	—	—	continue.
1 fois	—	—	en escalier.

Les grandes oscillations diurnes paraissent donc surtout précéder une défervescence brusque.

Nous en avons terminé avec cette étude détaillée des variations thermiques de la fièvre typhoïde abortive. Nous voyons qu'elles n'ont rien de bien spécial et que seule la courte durée de la fièvre est caractéristique. Ceci nous éloigne de plus en plus de la conception des auteurs allemands, qui veulent faire du typhus abortivus une entité bien définie, une forme spéciale de la fièvre typhoïde.

LE POULS. — Le *pouls* dont le dicrotisme est bien étudié depuis Marey et Lorain (1), se retrouve dans les formes abortives avec tous ses caractères. Souvent en effet il est peu rapide et sa lenteur relative contraste avec l'élévation thermique. Guéneau de Mussy signale comme un signe important au début de la forme abortive, le dicrotisme hâtif du pouls (*loc. cit.*, p. 260). Griesinger constate que dès le deuxième ou troisième jour de la maladie, alors que la température atteint déjà 39 et 40 degrés, il est accéléré, battant 120, plein, mou, et que fréquemment il est ondulant et dicrote. Le docteur Parisot (2), dans une étude récente sur le pouls de la fièvre typhoïde, touche incidemment à la question de la forme abortive de la maladie. Il rapporte un cas de fébricule typhoïde (obs. XLV, p. 101) dans laquelle le pouls tomba très bas, et présenta des irrégularités très accentuées qui persistèrent pendant plusieurs jours. Il rapporte dans sa planche IV les sphygmogrammes de ce fait : le pouls d'abord dicrote se reforme au moment de la convalescence. Pendant la période des oscillations descendantes, le pouls, selon M. Parisot, n'offre pas de caractères particuliers. Mais dans la défervescence *brusque*, on constate une augmentation rapide de la

(1) LORAIN. — *Etudes de médecine clinique* : le pouls, ses variations et ses formes diverses dans les maladies, p. 154. Paris 1870.

(2) P. PARISOT. — *Recherches sur le pouls dans le cours de la convalescence et la rechute de la fièvre typhoïde*. Thèse de Nancy 1883.

tonicité artérielle; et de plus, quelques irrégularités peuvent survenir.

Pour ce qui est de nos observations, dans sept cas les tracés du pouls et de la température ont été régulièrement recueillis. Dans les cinq premières observations, le pouls semble suivre régulièrement la marche et les variations de la température, s'élevant et s'abaissant à peu près parallèlement. La figure ci-contre en est un bel exemple (1).

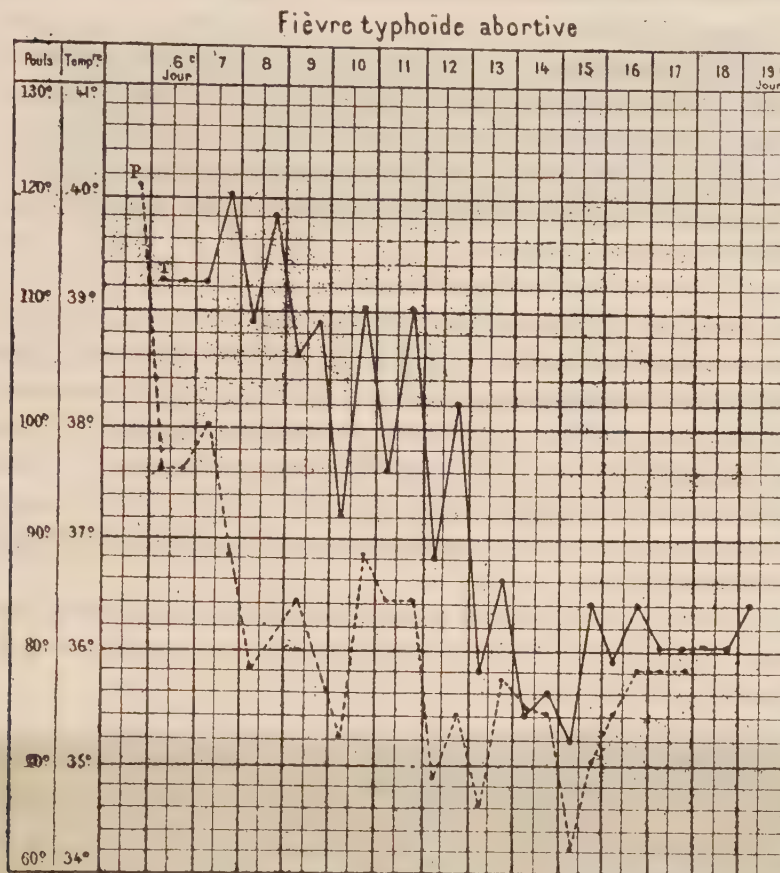


FIG. 7.

Il est bon de noter que le pouls n'est pas tombé très bas. Il n'en a pas été de même dans une sixième observation, le pouls, au contraire, a oscillé pendant toute la durée de la fièvre entre 60 et 86 pulsations,

(1) Nous devons cette observation et les tracés sphymographiques à l'obligeance de M. RAYMOND, interne de M. MOUTARD-MARTIN.

bien que la température s'élevât à plusieurs reprises à 40 degrés et 40°,3. D'ailleurs il m'a semblé que très fréquemment dans ces formes abortives le pouls se ralentissait d'une façon souvent très notable dès le début de la convalescence; c'est ainsi que dans une autre de mes observations le tracé du pouls presque régulièrement horizontal oscillait autour de 50 et 60 pulsations, la température marquant 39 degrés à 39°,5. Par contre le pouls remonta aux environs de 70 et 76 à mesure que la température s'abaissait jusqu'au-dessous de 37 degrés. Il y eut donc, dans ce cas, dissociation de la température et du pouls. Dans les formes communes de la fièvre typhoïde ces caractères ne paraissent peut-être pas aussi fréquents; il faudrait néanmoins un nombre beaucoup plus considérable d'observations que je n'en ai eu pour pouvoir juger de la lenteur plus ou moins considérable du pouls dans les formes abortives de la dothiéntérie. Dans un cas de Lorain (obs. XVI, t. II, p. 65) pourtant nous trouvons encore un ralentissement notable du pouls qui, dès le début de la convalescence, oscilla entre 52 et 65 pulsations : de même encore dans l'observation XXIII du même auteur où le pouls tomba à 45 le troisième jour de la convalescence. Ce ralentissement du pouls de la convalescence est un des phénomènes les plus fréquents, non seulement dans la fièvre typhoïde, mais même dans certaines pyrexies aussi intenses qu'abortives, la fièvre herpétique par exemple ou la pneumonie abortive, et il acquiert souvent une valeur pronostique de premier ordre (1).

Les différents caractères du pouls n'ont pas été bien souvent notés dans mes observations. Toutefois, l'observation qui a trait à la figure est accompagnée des trois tracés suivants :

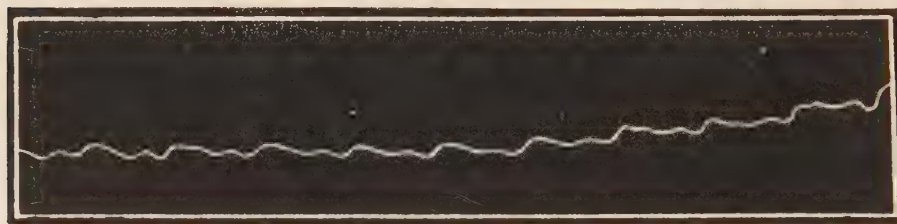


FIG. 8. — Fièvre typhoïde abortive au 13^e jour. — Pouls au 11^e jour.

(1) Dans une observation de fièvre typhoïde *presque* abortive (puisque la convalescence commença le seizième jour au matin) qui vient de se dérouler dans mon service à l'Hôtel-Dieu annexe, le pouls, dès le cinquième jour de la maladie, demeura pendant huit jours à 72, alors que la température oscillait autour de 39°,5 et 40 degrés. Au moment de la défervescence il descendit à 52.

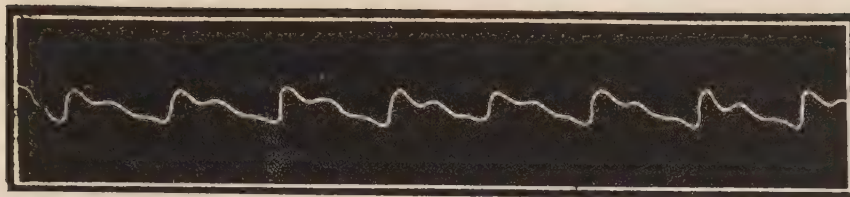


FIG. 9. Même observation. Défervescence. Pouls au 13^e jour.



FIG. 10. Même observation. Convalescence. Pouls du 18^e jour.

Comme on peut le voir sur ces tracés sphymographiques, le diastolisme classique était bien marqué encore le jour de la défervescence, ce matin-là la température axillaire était tombée à 35°,8. Le dix-huitième jour, en pleine convalescence, le pouls, conformément à la remarque de la plupart des auteurs et en particulier de Lorain (1) présentait des ondulations qui avec une moindre pression de l'instrument, auraient mieux accusé le polycrotisme constant dans la convalescence des maladies aiguës.

FORMES CLINIQUES DE LA TYPHOÏDE ABORTIVE. — Je voudrais dire quelques mots sur les formes cliniques du typhus abortif. Je ne veux pas revenir sur la durée de la maladie et sur les cas écourtés, presque éphémères, pour les opposer à certaines formes graves au début et tournant court tout à coup en pleine période d'état de la maladie. Je tiens seulement à rappeler que, parfois, on assiste à une forme très légère alors que dans la même famille ou dans le même milieu un certain nombre de personnes contaminées par le miasme typhoïdique sont gravement atteintes. C'est à ces cas que Guéneau de Mussy consacre ces quelques lignes :

« Dans certaines épidémies où on connaît la source de l'infection,

(1) LORAIN.— *Le Pouls*, p. 148. Pouls d'un jeune homme de dix-huit ans, convalescent de fièvre typhoïde.

« celles produites par l'usage d'une eau ou d'un lait contaminé, on voit
« à côté de cas nombreux graves et même mortels, chez des sujets qui
« ont bu la même eau ou le même lait, de simples *diarrhées* compli-
« quées de céphalalgie, vertige, inappétence avec ou sans réaction
« fébrile. »

Nous verrons plus loin, à propos de l'étiologie de la forme abortive, que de pareils exemples ne sont pas extrêmement rares.

Certaines conditions pathogéniques un peu spéciales peuvent imposer à la fièvre abortive une physionomie particulière. MM. Bernheim et Simon, par exemple, observant à Nancy (1) un foyer endémique localisé, virent se dérouler une série de maladies différentes tenant à une cause d'infection unique : à côté de personnes légèrement atteintes de catarrhe intestinal, d'autres individus furent pris d'entérite rebelle ou de fièvre typhoïde plus ou moins grave; deux cas furent abortifs et contrastèrent avec la gravité d'une autre observation où la dothiéntérie fut adynamique et se compliqua de broncho-pneumonie gangréneuse mortelle.

Ces exemples montrent par quelles transitions insensibles on passe des formes purement abortives aux formes communes et graves de la fièvre typhoïde.

Dans quelques observations, je trouve notée la prédominance de certains symptômes qui donnent ainsi à la fièvre abortive une forme un peu spéciale. C'est ainsi que nous devons à M. A. Robin une observation de forme *thoracique* ayant fait penser tout d'abord à une granulie. Il existait un point de côté violent, du délire, de la matité au sommet droit, des râles ronflants et sous-crépitaux au même sommet. La toux était fréquente; la température demeura en plateau jusqu'au treizième jour de la maladie, époque à laquelle les signes thoraciques s'amendèrent presque subitement, en même temps que la température descendait de 40 degrés à 38°,8 pour atteindre la normale le quinzième jour.

Il semble bien, si l'on en juge par les détails consignés dans l'observation, qu'il s'est agi là d'une *pneumo-typhoïde*. Cette question de la pneumo-typhoïde, dont l'existence a été vivement discutée, ne rentre qu'incidemment dans l'étude de la typhoïde abortive. Elle est assez

(1) BERNHEIM ET SIMON, — *Revue médicale de l'Est*, 1885-1886.

rare, ou du moins pour une raison que je n'ai pas à rechercher ici, elle est assez peu fréquemment signalée dans les auteurs. Depuis le jour où Gerhardt proposa le terme de pneumo-typhoïde, les observations nouvelles surgirent, qui jadis, auraient été considérées comme des pneumonies compliquées de fièvre typhoïde. Aujourd'hui qu'on saisit mieux l'évolution générale des maladies infectieuses et que l'on admet à juste titre l'existence de pneumonies infectieuses primitives ou secondaires, l'esprit ne se refuse plus à concevoir la dothiéntérie comme capable de frapper le poumon au début aussi bien qu'à la fin de la maladie. Tout le problème se résume en ceci : dans la fièvre typhoïde à forme pneumonique sont-ce les germes spécifiques de l'infection dothiéntérique qui produisent par eux-mêmes, à eux seuls, l'hypérémie et les exsudats fibrineux alvéolaires ? ou bien, le virus organisé de la fièvre typhoïde n'agit-il qu'en préparant le terrain pulmonaire aux attaques d'un organisme pathogène spécifique de la pneumonie ? Ce n'est pas ici le lieu d'aborder ce difficile problème de la simultanéité des maladies infectieuses et de leurs réactions réciproques. Depuis les travaux de Bürkner, Friedreich, Garbagni, Barella, Homolle et Potain, Jürgensen, Lépine, G. de Marignac, la pneumo-typhoïde est mieux connue. On l'a dépouillée du pronostic si grave que les premiers observateurs lui accordaient avec Griesinger. On peut citer de nombreuses observations où la guérison survint et où la maladie se jugea même très rapidement, au point que la pneumo-typhoïde peut être considérée comme revêtant assez fréquemment la forme abortive, c'est-à-dire se terminant avant le quinzième jour de la maladie. « A en juger par les « faits publiés jusqu'à ce jour, dit M. Lépine (1), la pneumo-typhoïde « n'est pas en général très grave. Souvent sa durée est beaucoup plus « courte, la fièvre cessant à peu près en même temps que la résolution « de la pneumonie, c'est-à-dire avant la fin du deuxième septénaire. » La nature de ces pneumonies est démontrée non seulement par les symptômes concomitants, mais encore par certains exemples d'épidémie domiciliaire où l'on vit éclater dans la même famille, et à peu près en même temps, pneumonie et fièvre typhoïde (cas de Barella, de Perroud). Il s'agit sans doute de pneumonies congestives absolument

(1) LÉPINE. — Sur les pneumonies du début de la fièvre typhoïde. (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, décembre 1882, p. 287.)

Voir aussi : la *Pneumo-typhoïde*, revue mensuelle de médecine et chirurgie, 1878, p. 881 et l'observation de M. Perroud (en note, p. 894).

comparables à celles que nous retrouverons dans un autre chapitre de ce travail lorsque nous étudierons les pneumonies abortives. Je rappelle en terminant que j'ai résumé, p. 85, une remarquable observation de pneumo-typhoïde appartenant à M. Lépine et ayant offert la symptomatologie d'une fièvre typhoïde commençant par une pneumonie franche, simple en apparence, et jugée par une fébricule typhoïde abortive (1).

Enfin, les formes hyperpyrétiques, apyrétiques, les formes à exacerbation matinale, la forme intermittente, que l'on décrit dans la fièvre typhoïde commune, ne me paraissent pas avoir été signalées dans la typhoïde abortive. Je noterai seulement en passant que l'hyperpyrexie s'y rencontre parfois, témoin les hautes températures (40°, 9-41 degrés) que nous avons signalées.

Il est une complication si fréquente qu'on pourrait peut-être sans inconvénient en faire une forme de la maladie. Je veux parler de la rechute. On a considéré la rechute comme un second stade dans l'évolution cyclique de la dothiéntérie ; il faut avouer que si la rechute était très fréquente dans la typhoïde abortive, il y aurait un argument sérieux en faveur de l'opinion dont nous parlons (2). M. Bernheim a observé 4 rechutes sur 50 cas ; Weil la note 5 fois sur 32 observations. En dépouillant nos 80 observations, nous avons trouvé 6 rechutes, ce qui donne une proportion de 7,5 0/0. Tous ces cas ont été légers et se sont terminés par la guérison. Dans la plupart des cas on a constaté la tuméfaction de la rate et la roséole.

Etablissons les rapports de la rechute avec la durée de la première atteinte : la rechute s'est opérée :

1	fois alors que la défervescence s'était faite au 1 ^{er} septénaire.
5	— — — — — 2 ^e — —

Il est également intéressant de connaître l'époque d'apparition de la rechute et sa durée. Le tableau suivant fournit ces indications :

(1) Consulter en outre : CHOMEL, *leçons de clinique médicale*.

RAYNAUD, *Bulletin de la Société anatomique*, 1837, p. 211.

GRIESINGER, *loc. cit.*, p. 346.

MURCHISON, *loc. cit.*

LIEBERMEISTER, JÜRGENSEN, THOMAS, *loc. cit.*

BARELLA, *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, 24 février 1877, p. 124. Cet auteur observa dans la même famille : 3 cas de fièvre typhoïde légère, 2 cas de forme grave mortelle, 1 cas de pneumonie.

GUILLERMET, *Complication pulmonaire de la fièvre typhoïde*, 1878 ; thèse de Paris.

G. DE MARIGNAC, thèse de Paris 1881.

(2) HUTINEL. — *Convalescence et rechute de la fièvre typhoïde*. Thèse agrégation, 1883, établit la fréquence des rechutes dans la fièvre typhoïde : 7 0/0.

	DURÉE DE LA 1 ^{re} ATTAQUE	LA RECHUTE		DURÉE TOTALE DE LA MALADIE
		SON DÉBUT	SA DURÉE	
I.	12 jours	le 14 ^e jour	11 jours	25 jours
II.	12 —	le 16 ^e —	6 —	22 —
III.	12 —	le 23 ^e —	9 —	32 —
IV.	14 —	le 21 ^e —	8 —	29 —
V.	15 —	le 27 ^e —	8 —	35 —
VI.	15 —	le 31 ^e —	4 —	35 —

Concluons du tableau qui précède que dans ces 6 observations toutes les rechutes ont été abortives, car elles ont duré de quatre à onze jours. Il en est de même d'ailleurs pour un grand nombre de cas de dothiéntérie légère ou commune se compliquant de rechute qui n'est qu'une fébricule bénigne. Mais inversement il n'en est pas toujours ainsi, même dans les fièvres typhoïdes abortives à rechute, la rechute peut être des plus graves et se terminer par la mort.

Dans tous nos cas, la courbe thermique présenta souvent de grandes oscillations pendant la rechute; dans toutes, la défervescence fut rapide. Nous n'avons pas observé de rechutes multiples.

Nous plaçons à la page suivante un tracé de typhoïde abortive à rechute. On peut voir que les deux poussées très rapprochées présentèrent une évolution sensiblement pareille, la première offrant au bout d'un jour et demi une recrudescence épicrotique durant environ trente-six heures; la seconde esquisant de même pendant la défervescence une recrudescence fébrile qui prolongea de trois jours la durée de la fièvre de rechute.

La *convalescence* de la fièvre abortive est généralement régulière, et si, comme l'acceptent la plupart des auteurs, elle se prolonge souvent plus longtemps que n'a duré la période aiguë de la maladie, il en reste acquis que l'individu vient de faire les frais d'une maladie plus grave qu'on n'aurait pu le croire. La lenteur de la convalescence est souvent un bon signe diagnostique rétrospectif de la typhoïde abortive.

Fièvre typhoïde abortive à forme rénale et à rechute

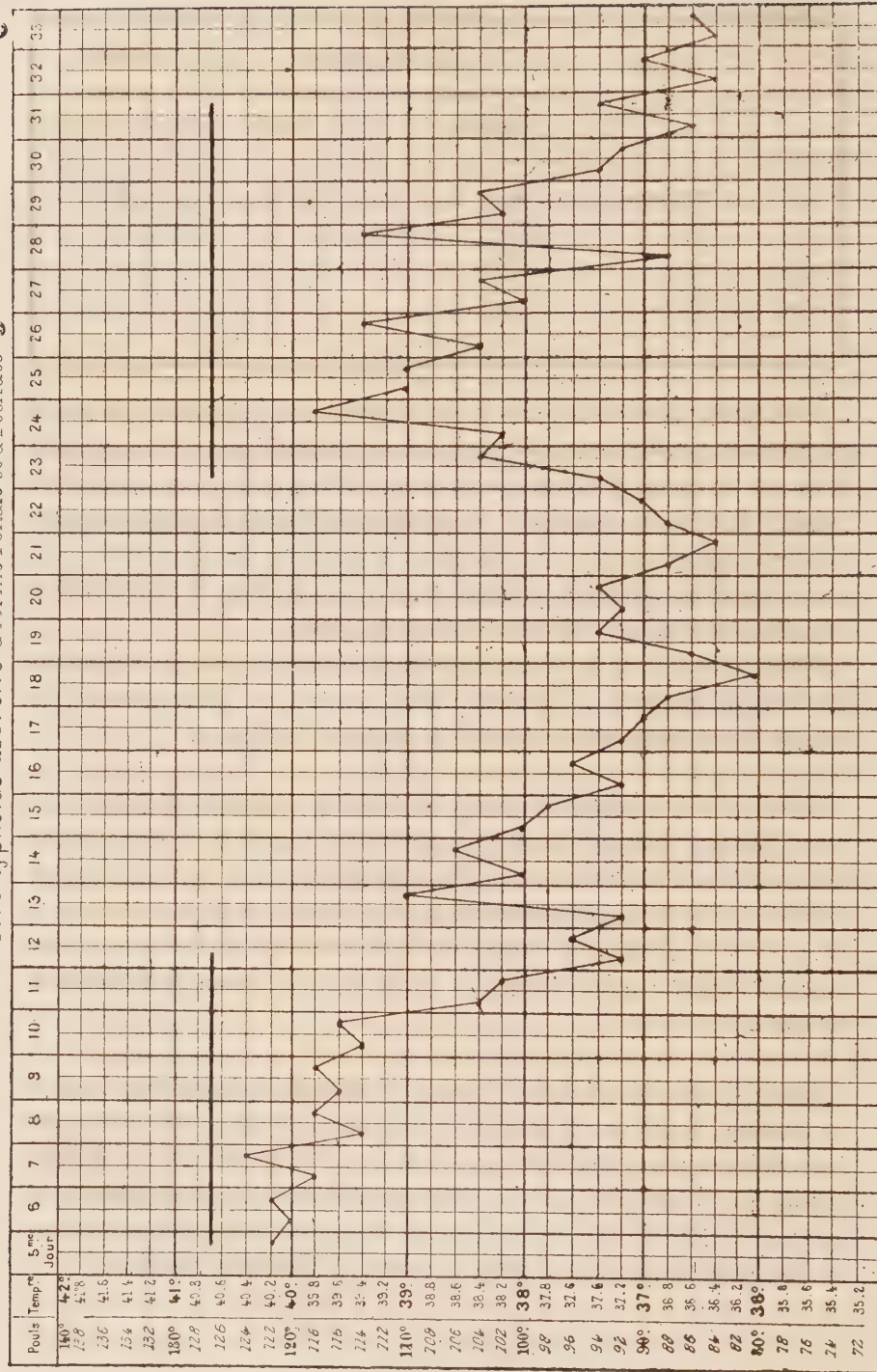


FIG. 11.

DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ABORTIVE. — Lorsque dans le cours d'une épidémie de fièvre typhoïde, au milieu d'une famille frappée dans un ou plusieurs de ses membres, dans la même maison, on voit se dérouler l'un quelconque des types de fièvre typhoïde avortant avant la fin du second septénaire, le diagnostic est ordinairement si facile qu'on n'a même pas à le discuter. D'autre part, quand, à l'hôpital, on observe un malade présentant tous les signes cardinaux de la fièvre typhoïde, éruption rosée lenticulaire, tuméfaction de la rate, douleur iléo-cœcale, râles de bronchite, et courbe thermique continue ou rémittente continue, on peut s'étonner de trouver, par exemple, au quatrième ou cinquième jour de la maladie, les signes qu'on rencontre habituellement plus tard. On peut aussi éprouver quelque hésitation rétrospective quand on trouve le matin du huitième ou du douzième jour le malade en défervescence complète; mais l'hésitation n'est que de courte durée et le diagnostic de forme abortive de la fièvre continue est fait.

Tout autres sont les conditions, lorsque l'on assiste au début brusque ou rapide de la maladie ou bien lorsque les phénomènes généraux et les signes physiques diversement groupés, donnent à l'observateur l'impression d'une maladie aiguë fébrile n'ayant que de loin quelque rapport avec la dothiéntérie; dans ce cas, souvent l'erreur est commise et l'on ne peut guère l'éviter que par une étude attentive, je dirai minutieuse des symptômes. D'autant plus que l'ascension thermique est différente suivant les cas, que l'état typhoïde, la stupeur fait souvent défaut dans ces formes abortives légères ou peu intenses de la pyrexie. Il en est de même pour les taches rosées lenticulaires, la bronchite, le ballonnement du ventre, etc., qui peuvent manquer. Seule, peut-être, la tuméfaction de la rate ne fait guère défaut; encore peut-elle être bien peu considérable.

Voyons cependant quelles sont les affections avec lesquelles la typhoïde abortive peut être confondue. Commençons par la maladie qui ressemble le plus, dans ses diverses modalités cliniques, à la typhoïde abortive : *l'embarras gastrique fébrile, fièvre gastrique ou synoque*.

EMBARRAS GASTRIQUE FÉBRILE. — Puisque l'occasion se présente de parler de la fièvre gastrique, esquissons tout d'abord le diagnostic différentiel classique entre la fièvre typhoïde et cette autre pyrexie; nous

verrons ensuite ce qu'on doit penser de la nature de la fièvre gastrique et s'il n'est pas légitime de rapprocher certaines formes de cette maladie de la fièvre typhoïde.

Les traits de ressemblance entre la fièvre typhoïde et la fièvre gastrique ou synoque sont beaucoup plus communs que leurs signes différentiels, et, en clinique, c'est souvent affaire d'appréciation personnelle que de mettre sur tel ou tel cas morbide l'étiquette qui lui convient. Ce malade qui, pour les uns, est atteint de fièvre typhoïde abortive, aura pour les autres, une synoque, un état gastrique, si même certaines personnes ne préfèrent pas trouver les signes d'une fièvre catarrhale, d'une grippe. Il importe donc d'examiner avec soin, comme le faisait récemment encore M. Hardy dans une clinique, les signes qui peuvent faire pencher la balance d'un des deux côtés.

Dans la *fièvre typhoïde*, l'aspect du malade est particulier, le regard, même dans les formes les plus légères, est vague, un peu hébété, les réponses sont brèves, l'indifférence est absolue. Le malade, couché dans le décubitus dorsal, évite le bruit et les mouvements; il recherche le repos physique et moral. Dans la *synoque*, au contraire, l'individu atteint se prête aux questions du médecin, il répond facilement, sans fatigue; il change de position sans efforts, le regard n'exprime pas la torpeur, souvent même l'œil est brillant, animé.

Dans la dothiéntérie la langue est effilée, tremblante, rouge sur les bords et à la pointe; dans la synoque elle est étalée, large, blanchâtre ou jaunâtre, gardant sur les bords l'impression des dents.

La rougeur diffuse du pharynx, la diarrhée bilieuse, jaune d'ocre, les épistaxis, les sibilances dans la poitrine, sont de bons signes du début de la fièvre typhoïde. La présence d'herpès au visage, chez nous du moins, est tellement rare dans la fièvre typhoïde, qu'elle constitue *presque* un signe différentiel. Les urines, d'une couleur un peu foncée, rappellent celle du bouillon sale, selon la comparaison de M. Hardy. Leur quantité est diminuée, la densité est augmentée; traitées par l'acide nitrique, elles forment trois couches : une inférieure d'indican, une moyenne très fréquente, d'albumine, une supérieure d'acide urique.

M. Hardy insiste beaucoup sur le défaut de parallélisme qui existe dans la fièvre typhoïde, surtout au début, entre le pouls et la température; dans la fièvre gastrique, au contraire, l'élévation de la température coïncide avec l'accélération du pouls.

La marche de la température pourrait fournir aussi un précieux

élément de diagnostic : dans la fièvre typhoïde, l'ascension thermique est d'abord graduelle avec rémissions matinales faibles ; dans la synoque la température monte brusquement à 39°, 39°,5 et le plus souvent se maintient régulièrement à ces hauteurs ; malheureusement nous avons vu précédemment que la forme abortive de la typhoïde débute quelquefois aussi brusquement, la température tourne court dans la synoque, la défervescence est progressive dans la fièvre typhoïde.

En résumé, la synoque n'en diffère, au point de vue de la marche de la maladie, que par son début brusque, ses symptômes gastriques plus accentués, sa durée plus courte, enfin et surtout par son évolution thermique qui lui a fait donner par quelques auteurs le nom de fièvre simple continue. Mais, on le voit, entre la synoque et les formes abortives de la fièvre typhoïde, il n'y a pas de caractères bien tranchés, car les vomissements se voient aussi dans la dothiéntérie, ainsi que la douleur épigastrique, et si, comme le dit M. Jaccoud, le type thermique de la synoque est rémittent avec ascension vespérale, il est des courbes de fièvre typhoïde abortive où les mêmes caractères thermométriques se rencontrent. Sauf l'herpès fébrile (Hardy), si rare dans la fièvre typhoïde, tous les signes sont communs aux deux maladies, excepté l'éruption rosée lenticulaire et le volume de la rate. Encore rencontre-t-on aussi, dans certaines formes d'embarras gastrique fébrile, ainsi que Marrotte le signalait et comme M. le docteur Morin (1) le démontrait il y a quelques semaines, des exanthèmes survenant dès le début de la fièvre synoque. Cette éruption maculeuse et papuleuse, siégeant indifféremment au tronc ou sur les membres, pouvant s'accompagner d'un léger énanthème, plaide encore en faveur de l'idée doctrinale qui place la fièvre gastrique dans les maladies générales et la rapproche ainsi, même au point de vue théorique, de la fièvre typhoïde et des maladies infectieuses.

Voilà bien des points de comparaison à établir entre la synoque et la fièvre typhoïde. Qu'est-ce donc que la fièvre gastrique ou synoque ? Qu'entend-on par ce terme, est-ce une entité morbide bien définie, bien isolée, une pyrexie pouvant, elle aussi, avoir ses formes abortives ? Est-ce au contraire un agrégat d'états fébriles divers, légers le plus souvent, revêtant un appareil symptomatique commun, celui de l'état

(1) HERBLAND-MORIN. — *Exanthème dans l'embarras gastrique*. Thèse de Paris 1885.

gastrique fébrile, et constituant ainsi un groupe nosologique mal délimité, non spécifique, terrain commun aux formes atténuées ou abortives de plusieurs maladies infectieuses distinctes ou encore mal déterminées?

Ce n'est pas ici le lieu de rappeler l'histoire de la question. Il me suffira de dire que depuis Hippocrate qui parle de la synoque, et depuis Galien qui divise les fièvres continues en putrides et non putrides et classe dans ces dernières la fièvre éphémère et la synoque, jusqu'à Stoll qui fait de la synoque la *febris biliosa*, les pyrétologistes anciens, mal outillés pour l'étude anatomo-pathologique des fièvres, confondaient suivant leurs tendances ou l'idée dominante de l'époque, dans des classes arbitrairement créées, les maladies infectieuses et les fébri-phlegmasies. Aussi le terme de synoque désigne-t-il, dans les auteurs anciens, des maladies absolument différentes.

Le *synocha putris* du siècle dernier, la *fièvre gastrique* qui doit son nom à la période anatomo-pathologique du commencement de ce siècle, ou *fièvre méningo-gastrique* de Pinel s'est fondue en grande partie dans la fièvre typhoïde, depuis les travaux de Prost, Petit, Serres, de Bretonneau et surtout de Louis. Toutefois, en clinique, l'entité morbide persista, et depuis lors elle demeura plus ou moins discutée, acceptée tour à tour et rejetée : la synoque, c'était la *fièvre hebdomadaire*, la *fièvre continue simple* de Boerhaave et de Lieutaud, la *fièvre d'un septénaire* de Sprengel, la *synocha septimo die soluta* de Hoffmann. Après les luttes retentissantes de Pinel et de Broussais, luttes entre l'humorisme et la doctrine organicienne, une ère de transition commence à la suite de laquelle l'entité de la fièvre typhoïde, fièvre dothiéntérique apparut constituée, indestructible.

Mais alors, sous l'influence des recherches de Louis, de Forget, de Trousseau, la synoque est peu à peu absorbée dans la fièvre typhoïde, et rentre dans le cadre des formes légères de la dothiéntérie : ce sont les *fièvres continues légères* d'Andral; ce sont ces synoques imputrides qui, aux yeux de Trousseau, par exemple, sont à la fièvre typhoïde commune ce qu'est la varioloïde à la variole.

Bref, deux opinions doctrinales s'étaient lentement fait jour qui voulaient juger la *nature* de la synoque ou fièvre gastrique : affection purement locale, de nature inflammatoire, pour les uns, c'est pour les autres une fièvre, une maladie générale de cause indéterminée, une vraie pyrexie.

Broussais en fait, comme de toutes les fièvres continues, une gastro-entérite. Littré n'y voit qu'une irritation plus ou moins étendue du tube digestif et refuse de l'assimiler aux maladies générales. Toutefois il est obligé, comme le feront tous ceux qui le suivront dans cette interprétation, de séparer l'*embarras gastrique simple*, affection locale souvent de cause alimentaire, de la fièvre gastrique. Aujourd'hui encore, plusieurs auteurs, entre autres M. Jaccoud, soutiennent toujours l'opinion de l'inflammation de la muqueuse gastrique : c'est la *gastrite catarrhale* à forme aiguë intense.

Or, dès 1836 Martin Solon séparait la fièvre gastrique de la gastrite muqueuse, et en 1857, Monneret, dans sa *Pathologie générale*, écrivait qu'on rencontre, dans certaines constitutions médicales épidémiques, au printemps ou en automne, un état morbide constitué par les signes de la fièvre gastrique, et il ajoute qu'on peut le considérer comme une maladie générale. Il montre, un des premiers, la relation qui existe entre cette pyrexie et la fièvre typhoïde. « Peu de maladies, dit-il, « compliquent et précèdent plus souvent les autres fièvres que la gastrite simple ou bilieuse. *Rien n'est si commun que de les observer « en même temps que les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde, les « trois fièvres exanthématiques*, dans les cas où règne une épidémie « accidentelle, une constitution médicale, dans certaines saisons et dans « toutes les contrées chaudes. »

Il faut arriver à Hardy et Béhier, en 1864, pour voir séparer nettement la fièvre gastrique des inflammations locales, « les symptômes locaux et généraux étant assez dissemblables de ceux de l'inflammation gastrique. » La distinction est faite et les auteurs peuvent « dire : Cette forme fébrile a été écrite à part par quelques auteurs « sous le nom de fièvre bilieuse, fièvre gastrique, et elle se rap- « proche en effet beaucoup de la fièvre typhoïde légère dont elle « ne serait qu'une expression affaiblie. Nous avouons, pour notre part, « notre tendance à cette opinion qui fait de l'embarras gastrique « fébrile une maladie générale. » Et ils ajoutent : « Si l'on fait atten- « tion aux phénomènes généraux qui accompagnent presque constam- « ment l'embarras gastrique, et dont l'intensité est plus grande que le « trouble de l'estomac, si l'on se rappelle les causes les plus communes « de cette maladie qui suit les influences atmosphériques, les fatigues « corporelles, les préoccupations de l'esprit, et qui agissent plutôt sur « l'ensemble de l'économie que sur l'estomac en particulier, on arrive

« à penser que l'embarras gastrique peut bien être plutôt une maladie
« générale qu'une affection locale : on pourrait le considérer comme
« une fièvre dont la place en nosologie serait entre la *fièvre éphémère*
« *et la fièvre typhoïde*. » C'est, on peut le dire, là le commencement
de la période actuelle. En Allemagne, en Angleterre, la plupart des au-
teurs font de même et relèguent la synoque dans les *fébricules*
typhoïdes. En France, un grand nombre de médecins militaires, et
notamment M. Villemin, pensent que les indispositions passagères à
forme de synoque que l'on rencontre chez les jeunes soldats ont plus
d'une analogie avec la fièvre typhoïde.

C'est qu'en effet les ressemblances sont frappantes entre les fièvres
gastriques rémittentes ou continues, terminées en quatre, sept ou neuf
jours et les fébricules typhoïdes, les typhoïdettes de Lorain qui durent,
comme nous l'avons vu, huit jours (Rilliet et Barthez Griesinger), six
jours (Laveran), quatre à cinq jours (Colin); et l'on a peine à se défendre
de voir entre ces deux ordres de pyrexie, sinon une identité complète,
du moins un grand air de parenté. Cette même idée doctrinale vient
d'être reprise tout récemment par mes collègues MM. Kelsch et Kiener
dans deux communications très importantes faites à la Société médicale
des hôpitaux (1). M. Kiener rapporte six observations de *fièvre éphé-
mère* et voit dans cette pyrexie, qui dure si souvent plusieurs nychthé-
mères, « les manifestations spécifiques d'une cause encore inconnue,
probablement infectieuse. » M. Kelsch, comme M. Kiener, rapproche, à
l'exemple de M. Colin (2), la fièvre gastrique de la fièvre typhoïde. Il
montre que par des degrés insensibles, ces affections dites fièvres gas-
triques, fébricules, fièvres rémittentes gastriques, se confondent avec
la dothiéntérie dont elles ne seraient, sans doute, que des formes
très atténuées. Les deux tableaux ci-contre dressés par MM. Kelsch et
Kiener montrent l'évolution rigoureusement parallèle des embarras
gastriques fébriles et de la fièvre typhoïde. Pour M. Kelsch, tous ces
différents processus sont reliés entre eux par leur identité de nature; et
il base cette opinion doctrinale sur la gradation des faits cliniques. Il
les divise en quatre catégories :

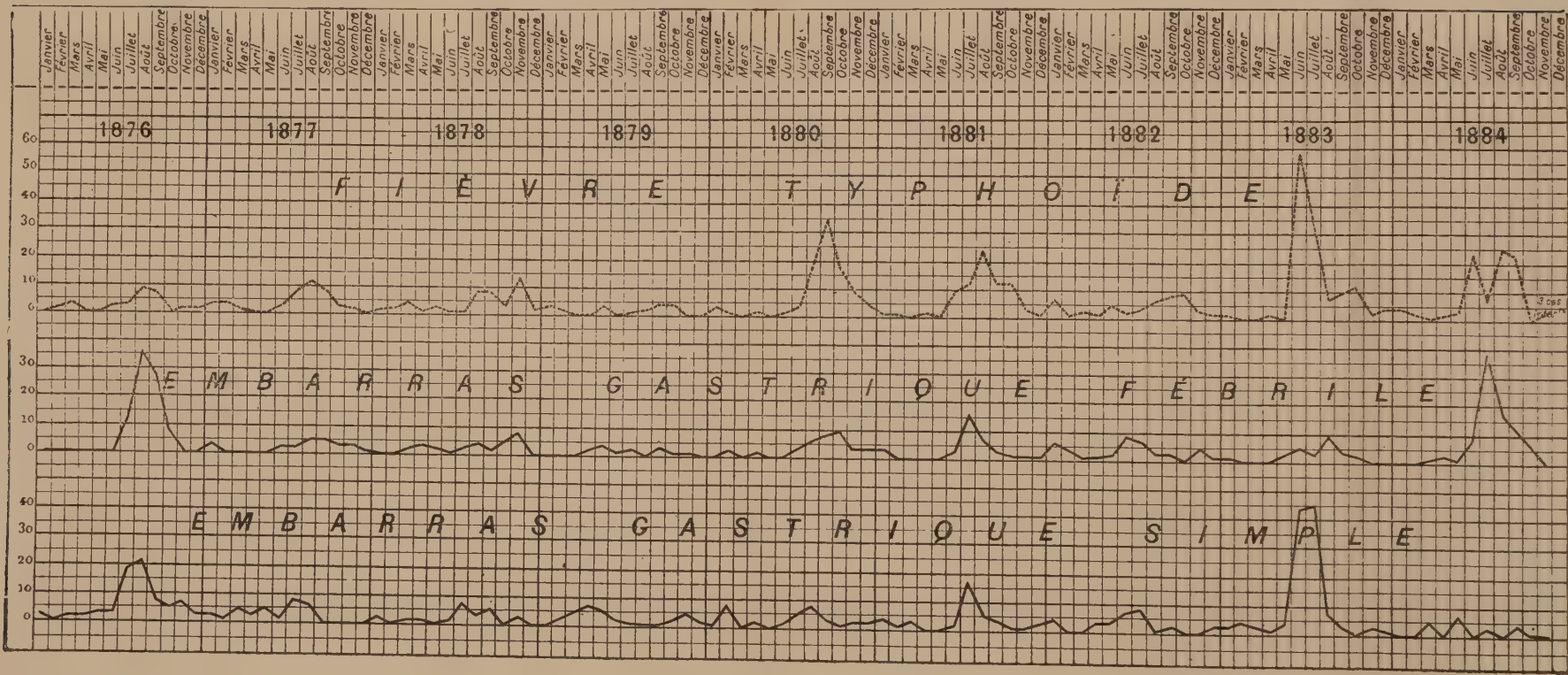
Dans la première, l'embarras gastrique s'accompagne de fièvre

(1) KIENER. — Observations de fièvre éphémère, recueillie à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier. (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 10 avril 1885.)

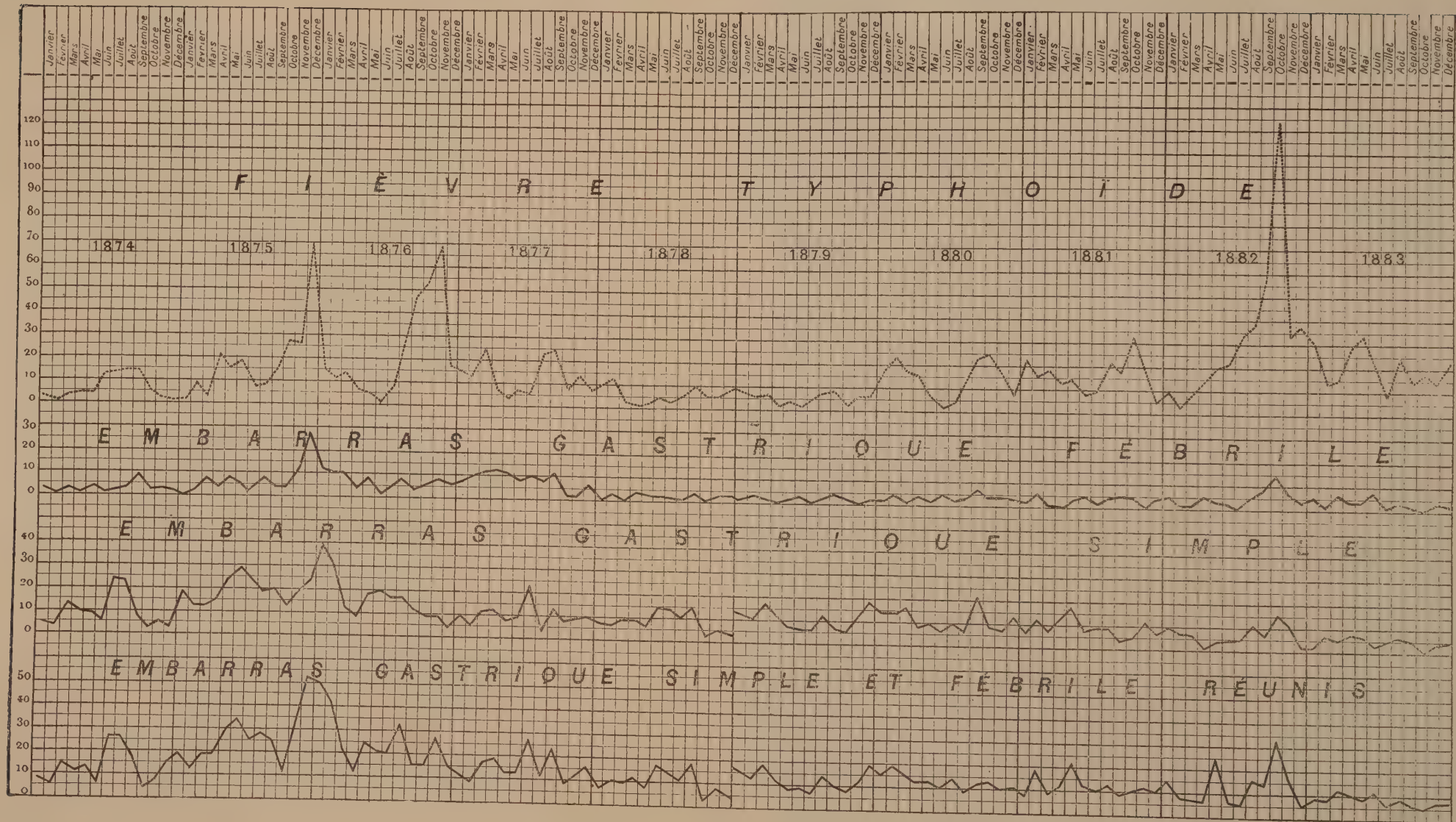
KELSCH. — Observations sur l'embarras gastrique fébrile, 8 mai 1885.

(2) COLIN. — *La Fièvre typhoïde dans l'armée*. Paris, 1878.

Tableau comparatif destiné à montrer la marche parallèle de la Fièvre typhoïde et de l'Embarras gastrique (KIENER).



Deuxième Tableau comparatif de la Fièvre typhoïde et de l'Embarras gastrique (KELSCH).



modérée qui décroît lentement du huitième au quinzième jour.

Dans la deuxième catégorie, il y a haute élévation de température, défervescence brusque vers le huitième jour.

La troisième contient les fièvres qui durent huit à quinze jours et affectent une marche rémittente typique.

Enfin dans la quatrième, l'affection tient de la synoque par les troubles gastro-intestinaux, l'exagération des phénomènes nerveux, tandis qu'elle se rapproche de la dothiéntérie par la longue évolution de la fièvre qui dure deux à trois septénaires.

Par leurs courbes statistiques qui portent sur un examen de dix années, on voit que les fièvres éphémères, les fièvres gastriques et la fièvre typhoïde ont entre elles un parallélisme complet. Il leur paraît vraisemblable qu'elles ont des liens étroits.

Est-ce à dire pour cela qu'on doive conclure à l'absolue identité des deux pyrexies? Ce serait peut-être aller trop loin. La synoque, maladie générale, pyrexie infectieuse parce qu'elle accompagne ou précède fréquemment, régulièrement même, les épidémies de fièvre typhoïde ou ses recrudescences endémiques, est-elle, pour ce motif seul, de la même nature que la dothiéntérie? Les travaux semblables à ceux de MM. Kelsch et Kiener, lorsqu'ils seront en nombre considérable, pourront entraîner la conviction de l'identité des deux pyrexies; jusque-là on doit rester dans une sage réserve. Deux maladies donnant lieu souvent à plusieurs phénomènes très comparables, presque identiques, ne sont pas nécessairement de même nature. D'autre part, on englobe sous ce terme de synoque tant d'états fébriles, depuis la fièvre éphémère jusqu'à la fièvre herpétique, qu'on a le droit de demander des preuves multiples et décisives par la puissance du nombre. Quand on lit en effet les relations de fièvre éphémère, de fièvre gastrique bilieuse, quand on compare, je ne dis pas seulement la fièvre herpétique dans laquelle Parrot voulait faire rentrer toutes les synoques, mais je dis même les diverses formes de la fièvre éphémère ou de la fièvre synoque, on demeure convaincu qu'au milieu de toute cette symptomatologie commune, ou du moins si peu différenciée, les auteurs ont fait rentrer des maladies multiples. De même qu'il y a pneumonies et pneumonies, de même aussi la fièvre éphémère n'est pas une, la synoque n'est pas une. Il y a *des fièvres gastriques* dont les causes morbides sont sans doute différentes, mais inconnues pour la plupart. Et, à ce point de vue, les travaux des médecins militaires, qui se préoccupent beaucoup de

l'importance séméiologique de la fièvre gastrique et de sa valeur pronostique à l'endroit de la fièvre typhoïde, éclairent la question d'un jour nouveau. Si l'on démontre que, toujours, les épidémies de fièvre typhoïde dans l'armée sont annoncées par une recrudescence de fièvres gastriques, on aura fait faire à ce sujet d'épidémiologie un pas décisif. On aura prouvé l'étroite corrélation qui unit la dothiéntérie à ces maladies bâtardes, mal placées en pyrétologie, et mal dénommées, qu'on appelle les embarras gastriques fébriles. Il faudra démontrer, en outre, que les individus atteints de cette forme abortive de la fièvre typhoïde qu'on appelle la synoque, sont plus réfractaires que d'autres à la dothiéntérie. Le terrain sur lequel opère la médecine militaire est admirablement organisé pour ces recherches. Les observateurs se sont mis à l'œuvre et les résultats seront d'autant plus probants que la masse des documents produits aura été plus considérable. Je citerai à cet égard un mémoire intéressant du docteur Bourgeois (1) qui démontre que, dans l'effectif qu'il a eu à soigner, la fièvre typhoïde frappa moins que les autres les jeunes soldats ayant eu déjà un ou *plusieurs* embarras gastriques fébriles (2).

Que conclure de tout ce qui précède? Ceci : la synoque est une maladie générale fébrile à évolution cyclique, à défervescence souvent critique qui peut se différencier de la fièvre typhoïde commune dont elle ne comporte jamais la gravité, mais qui se confond bien souvent en clinique avec les formes abortives de la dothiéntérie. Pour certaines variétés de la synoque, tout au moins, l'identité de nature avec la fièvre typhoïde est probable, presque démontrée. Reste à savoir si toutes les synoques sont causées par le même germe infectieux.

Ces considérations sur la synoque nous ont quelque peu éloigné du diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde abortive. Toutefois elles nous permettront de ne pas revenir sur la fièvre éphémère, non plus que sur la fièvre herpétique.

Dans les formes les plus écourtées de la typhoïde abortive, on pourrait peut-être, lorsque la maladie éclate chez des jeunes enfants, penser à cette *fièvre de croissance* bien étudiée par le docteur Bouilly, sur-

(1-2) A. BOURGEOIS.—*Etude sur la fièvre typhoïde atténuée*. Mémoire inédit adressé à la Société médico-pratique de Paris. 1885.

Son travail porte sur 308 malades atteints de fièvre typhoïde; 172 d'entre eux eurent une forme atténuée; 16 succombèrent.

tout quand les malades se plaignent de brisement des membres et de douleurs diffuses avec courbature. Cette fièvre, qui survient pendant la période d'accroissement du squelette, s'accompagne d'un état de grand malaise, de courbature, de céphalalgie; la langue est sale; mais la fièvre est brusquement élevée; on constate en outre au niveau des épiphyses du tibia, du fémur, de l'humérus, une sensibilité exagérée à la pression et aux mouvements.

La *fièvre syphilitique*, étudiée par M. le professeur Fournier, s'accompagne d'une hyperthermie qui peut atteindre 40-41 degrés. Le visage est pâle, les forces sont déprimées; il existe de la prostration, et la céphalalgie est la règle. Toutefois, et ce symptôme a une importance de premier ordre, le plus souvent l'appétit est excellent, parfois même exagéré, et l'appareil digestif fonctionne normalement. Le pouls au lieu d'être ample et plein est au contraire mou et faible. D'ordinaire, l'examen méthodique du malade met sur la voie du diagnostic.

La *grippe*, quand ses déterminations gastro-intestinales sont prédominantes et que ses manifestations thoraciques sont peu marquées, peut ressembler trait pour trait à la fièvre typhoïde la plus bénigne ou même la plus grave. Il n'est pas jusqu'à la tuméfaction de la rate que l'on n'ait signalée dans certaines formes de grippe (1). A vrai dire, dans ces cas de grippe abdominale, l'appréciation bien souvent n'est qu'affaire d'impression personnelle.

On devrait encore, avec Griesinger, esquisser le diagnostic de la fièvre typhoïde atténuée avec « les mouvements fébriles de courte durée survenant dans les maladies des organes sexuels de la femme ». Il suffit, je pense, de songer chez la femme aux affections pelviennes toutes les fois qu'une telle malade présente un état typhoïde plus ou moins marqué.

Quand à la *néphrite* aiguë que Griesinger différencie de la *fébricule typhoïde*, les travaux récents de MM. Bouchard, E. Gaucher, Charrin, A. Robin ont démontré que les *néphrites infectieuses primitives* sont habituellement graves, si elles ne sont pas toujours mortelles. La congestion aiguë primitive du rein, décrite par M. A. Robin s'accompagne d'un état général intense, typhique même, mais ne ressemble guère à la forme abortive de la *dothiéntérie*.

(1) CHAUVÉAU. — *Contribution à l'étude de la grippe*. Thèse de Paris, 1884.

Je ne reviens pas sur la pneumo-typhoïde et sur le diagnostic différentiel qu'elle réclame. Les *pneumonies* typhoïdes qui ne tuent pas vite durent d'ordinaire plus longtemps que les formes abortives les plus longues de la fièvre dothiéntérique.

J'en dirai de même pour les *endocardites aiguës*, localisations parfois primitives d'une maladie infectieuse. L'endocardite infectieuse la plus bénigne n'avorte pas comme la fièvre typhoïde.

L'anatomie pathologique de la fièvre typhoïde abortive ne nous arrêtera pas longtemps ; car la règle est la guérison. Nous l'avons dit, avec Griesinger, Niemeyer, Laveran, Jacçoud et la presque totalité des observateurs, il est logique d'admettre que dans ces formes écourtées les lésions profondes des organes n'ont pas le temps de se produire. Sans doute nous ne devons pas oublier, comme le disait déjà Chomel, qu'il n'y a dans la fièvre typhoïde aucun rapport entre les lésions de l'intestin et la gravité des symptômes. Qui n'a assisté à l'autopsie d'individus ayant succombé en quelques jours à une fièvre typhoïde grave, suraiguë, et dans l'intestin desquels on ne trouvait, en cherchant bien, qu'une très légère tuméfaction des plaques de Peyer ?

Pour ce qui est de la forme abortive, il n'est pas possible d'admettre qu'en huit ou dix jours les organes lymphoïdes de l'intestin s'enflamment, s'infiltrant, s'ulcèrent et se réparent (Laveran). D'ailleurs, M. Laveran a pu pratiquer l'autopsie d'un malade mort subitement au début de la convalescence d'une fièvre typhoïde abortive : « Les altérations des plaques de Peyer étaient caractéristiques mais très limitées. Une symphyse cardiaque complète et ancienne avait dû jouer le rôle de cause « prédisposante. »

Le *pronostic* de la maladie est donc extrêmement favorable. Toutefois il faut classer, à ce point de vue, les fièvres abortives en deux groupes : celles qui se jugent par une seule attaque ; celles qui rechutent. La fièvre abortive à rechute est plus grave ; la rechute n'est pas toujours abortive ; on cite des cas graves et rapidement mortels (Bernheim). La distinction est donc valable. Comme d'autre part, les complications secondaires à l'infection dothiéntérique ne sont pas fréquentes, le pronostic général de cette forme est bien meilleur, d'une manière absolue, que ne l'est celui des formes communes ou moyennes de la maladie.

D'autres points mériteraient d'être étudiés encore. Peut-on par

exemple, comme le veulent quelques auteurs, porter dès le début d'une fièvre typhoïde le pronostic suivant : ce cas sera une forme abortive de la fièvre typhoïde? sur quels symptômes appuyer ce pronostic favorable à courte échéance? Est-ce l'ascension brusque de la température? peut-être, surtout si viennent s'y joindre quelques phénomènes précoces, comme l'apparition hâtive des taches rosées lenticulaires. Cependant, en général, ce pronostic d'une forme abortive en évolution est bien souvent impossible. Toutefois on *doit* penser aux formes abortives quand on assiste à une épidémie bénigne et peu meurtrière, ainsi que l'ont signalé à Paris, Coindet, Bucquoy, Villemain, Laveran, Rendu, etc., dans les dix dernières années.

La fièvre abortive est arrivée à sa période d'état, la défervescence commence ; peut-on à ce moment prévoir la rechute prochaine? D'ordinaire, quand la défervescence s'est accompagnée de phénomènes critiques urinaires (polyurie, décharge de matériaux solides) ou sudoraux, ou même selon la remarque de M. Chauffard, d'abcès phlegmoneux de bonne nature, la convalescence est assurée et la rechute n'a pas lieu.

Quelques mots, en terminant, à propos de l'*étiologie* et de la *pathogénie*. Pourquoi la fièvre typhoïde avorte-t-elle, et comment se fait cette évolution? En réalité les causes de la forme abortive sont presque toutes du domaine de la théorie. Effectivement la constitution du malade, son tempérament, n'ont aucune influence sur cette détermination ébauchée de la fièvre (Laveran). Sans doute on peut croire que la *récidive* d'une fièvre typhoïde peut être une condition d'abortivité pour la deuxième attaque. Toutefois la fièvre typhoïde qui, à l'instar de la variole, ne récidive pas volontiers, peut donner, lors de la seconde attaque, naissance à une forme grave et rapidement mortelle.

Force est bien d'en revenir aux notions presque banales de l'étiologie générale : l'état du malade et la maladie elle-même.

L'âge du malade, par exemple, offre un certain intérêt : il est très évident que la forme abortive a une prédilection pour l'enfance. Est-ce que ces terrains jeunes résistent mieux et plus vivement? y-a-t-il une autre raison encore mal déterminée? je n'insiste pas et je renvoie à mes considérations étiologiques générales sur les formes abortives des pyrexies. Il reste acquis que la fièvre typhoïde est bénigne chez l'enfant et qu'elle revêt fréquemment la forme abortive. Sur 59 observa-

tions de fièvre typhoïde chez l'enfant que j'ai reçues, provenant pour une grande partie du service de M. Cadet de Gassicourt, j'ai trouvé 20 enfants au-dessous de 15 ans, ce qui est presque le tiers.

A l'autre extrémité de la vie, chez le vieillard, la fièvre typhoïde est plus rare (1) ; mais peut-être aussi est-elle plus rarement abortive. La seule observation que nous ayons recueillie a trait à un vieillard de 65 ans; il y eut une rechute.

L'état de grossesse ne nous arrêtera pas. En effet, il semble résulter de la plupart des observations que j'ai pu consulter et de 14 cas de fièvre typhoïde dans la grossesse que la forme clinique n'est jamais ou presque jamais abortive, souvent même elle est prolongée.

Je ne parle pas des influences atmosphériques capables de modifier la forme de la maladie ; les documents en ce qui concerne la forme abortive me font totalement défaut. Il n'en est pas de même du caractère des épidémies. On sait bien aujourd'hui que certaines épidémies sont très bénignes. Souvent aussi, à la fin de l'épidémie, comme on le vit en 1876 à Paris par exemple, la constitution médicale dothiéntérique s'atténue au point de donner lieu à une proportion prédominante de formes atténuées ou abortives. Les mêmes réflexions s'appliquent au début des épidémies qui se caractérise alors par une véritable constitution médicale préépidémique selon la remarque du docteur J. Héricourt (2). Tous les observateurs ont été frappés de ces faits, et l'on peut consulter avec fruit, à ce propos, dans les bulletins de la Société médicale des hôpitaux, les rapports de la commission des maladies régnantes pour constater l'unanimité des observations pendant certaines années.

Toutefois il ne faudrait pas croire que ces formes atténuées et même abortives de la fièvre typhoïde n'appartiennent qu'aux épidémies légères. En pleine poussée de maladie infectieuse, dans des circonstances bien précises, alors qu'on connaît la source unique de l'infection et qu'on sait les raisons déterminantes d'une épidémie circonscrite, on peut encore en observer. Je ne rappellerai que les épidémies familiales de Griesinger, de Murchidson, le cas du *Middlesex hospital Reports* déjà cités ; je signalerai encore l'endémie locale, observée par MM. Bernheim et Simon, dont j'ai déjà parlé dans le cours de cette étude, et enfin je

(1) JOSIAS. — *Fièvre typhoïde chez le vieillard*. Thèse de Paris, 1881.

(2) J. HÉRICOURT. — *Les maladies épidémiques atténuées et les constitutions médicales préépidémiques*. (*Revue de médecine*, février 1886, p. 139.)

terminerai en rappelant une épidémie de caserne observée l'an dernier à Paris (1), 77 malades contaminés par l'eau d'une citerne mal nettoyée : les uns offrirent les symptômes d'une fièvre bilieuse intense, d'autres esquissèrent un ictère typhoïde, enfin 13 hommes contractèrent une fièvre typhoïde bien caractérisée, 3 succombèrent.

Quand au traitement de la fièvre typhoïde, je crois qu'on ne peut pas, quel qu'il ait été, le mettre en cause pour expliquer la forme abortive. On atténue la dothiéntérie, on la guérit, on ne peut se flatter de la faire avorter. Le calomel qui jouissait d'une si grande faveur, la quinine, la balnéation ne peuvent véritablement servir qu'à favoriser l'évolution normale de la maladie.

Toutefois il est bon de traiter la fièvre typhoïde abortive avec la même sévérité et avec la même régularité qu'on ferait en présence d'une forme commune ou grave. D'autant mieux que la médication et l'hygiène auxquelles on soumet les malades, s'oppose peut-être pour une part, si faible qu'elle soit, au seul danger sérieux de la pyrexie abortive, la rechute.

(1) ROUFFIGNAC. — *Sur une épidémie de caserne* (Nouvelle-France, 1885). *Fièvre à manifestations bilieuses. Fièvre typhoïde*. Thèse de Paris, 1885.

II. — PYREXIES SYSTÉMATISÉES

Généralités.

On pourra trouver que notre division des pyrexies prête à la critique : elle repose cependant sur les caractères les plus généraux de ces affections. D'ailleurs toutes ces classifications ont nécessairement quelque chose d'arbitraire et il ne peut en être autrement : elles sont fondées sur l'observation des cas types, alors que la considération des cas atténués semble vouloir interdire toute classification, toute séparation nette entre les diverses séries et les diverses formes. Bien plus, le classement des maladies dans tel ou tel groupe est souvent discuté : c'est ainsi que Hirsch a voulu retrancher le typhus exanthématique de la classe des maladies typhiques pour le faire entrer dans le groupe des pyrexies exanthématiques, telles que la scarlatine ou la rougeole. Il en est de même pour la méningite cérébro-spinale que Griesinger regrette de voir classée par certains auteurs dans le groupe des maladies typhoïdes et que, pour son compte, il met absolument de côté. M. Jaccoud au contraire considère le typhus cérébro-spinal, comme l'une des trois formes d'une même espèce. C'est dire que si les divisions sont absolument nécessaires au point de vue didactique, pour la clarté du sujet, il n'en existe pas moins, en clinique, un grand nombre de types intermédiaires qui établissent la transition d'un groupe à l'autre. On ne s'étonnera donc pas de nous voir commencer cette seconde partie par l'étude des fièvres éruptives, ou d'une façon plus générale, des pyrexies à exanthème. Dans la dothiéntérie que nous venons d'exposer à la fin du précédent chapitre, nous avons observé à côté d'un certain état général, dit état typhoïde, des exanthèmes, comme ceux que l'on trouve dans certaines maladies que nous allons décrire. Ses lésions aussi tendent à se localiser

sur le système lymphoïde. Mais ces tendances seront plus manifestes encore dans toutes les affections dont nous allons parler. En sorte que l'on peut, il nous semble, considérer la fièvre typhoïde comme le trait qui unit les pyrexies non systématisées aux pyrexies systématisées. Nous passons maintenant à l'étude de ces dernières, — et celles qui attirent notre attention, sont celles qui ont tendance à localiser leurs manifestations du côté de la peau et des muqueuses, — tel est l'érysipèle.

A. — PYREXIES A PRÉDOMINANCE CUTANÉO-MUQUEUSE.

1° ERYSIPELE ABORTIF. — L'érysipèle, cette maladie infectieuse à forme exanthématique si constante, évolue comme toutes les pyrexies et peut, par conséquent, offrir des formes abortives. Si l'on accepte avec tous les auteurs que la durée moyenne d'une plaque érysipélateuse est de quatre à cinq jours environ, on comprend que la maladie se prolonge souvent au delà de sept à huit jours.

En clinique, il n'est pas rare d'observer des cas légers et bénins qui tournent court subitement, à un moment où l'éruption est encore, pour ainsi dire, en pleine efflorescence. C'est qu'en effet ici encore, comme dans toute maladie éruptive et pour généraliser davantage, comme dans toute pyrexie s'accompagnant de lésions matérielles, la marche de la maladie se règle moins sur l'évolution des lésions inflammatoires que d'après les manifestations générales réactionnelles qui en sont l'élément pathogénique par excellence.

Le tracé ci-joint provient d'un malade de vingt ans atteint d'érysipèle de la face. La presque totalité du visage avait été envahie quand il arriva à l'hôpital. La température tombant dès le commencement du quatrième jour à la normale jugea la maladie, bien que la face restât notablement tuméfiée, que les ganglions sous-maxillaires fussent encore engorgés et que l'état des voies digestives se caractérisât encore par un embarras gastrique très marqué. La maladie est donc abortive au sens pyrétologique du mot et la chute de la température avant l'heure s'associe

Erysipèle de la face

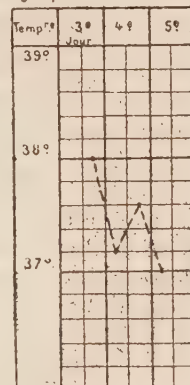


FIG. 12.

à l'atténuation soudaine ou rapide des troubles généraux, tandis qu'un grand nombre de phénomènes fonctionnels et de signes physiques peuvent persister de plusieurs heures à plusieurs jours après la crise. N'en est-il pas de même chaque jour à la fin de la pneumonie franche aiguë, les signes physiques prolongeant leur durée alors que la maladie est depuis plusieurs jours en pleine convalescence? Cette localisation d'une maladie infectieuse sur la peau ou sur les muqueuses,

Sorel. Erysipèle (formes abortives)

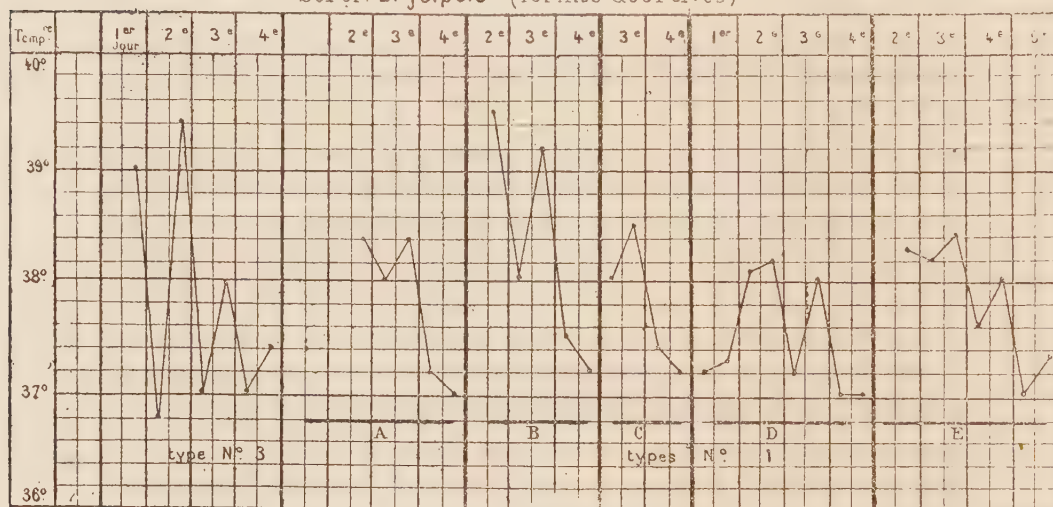


FIG. 13.

caractéristique de l'érysipèle, montre bien la distinction nécessaire entre les lésions matérielles propres à la maladie et l'état réactionnel de l'organisme blessé par l'explosion d'un virus organisé. Ce virus agit tout d'abord sur place, sauf à généraliser ses désordres ultérieurement.

Le docteur Sorel (1), qui a étudié récemment la pyrexie érysipélateuse, a démontré que la fièvre présente une marche cyclique correspondant à trois types fondamentaux. Les deux variétés qui m'intéressent sont représentées dans la figure, elles sont abortives puisqu'elles tournent court, dans le type n° 1 : du troisième au quatrième jour (A. B. C. D.) ou même avant le cinquième jour ; et le type n° 3, du troisième au quatrième jour. Sur ces tracés on ne trouve pas la défervescence brusque et critique qui se rencontre assez fréquemment dans l'érysipèle de plus longue durée.

Pour cet auteur, l'érysipèle limité au nez et aux pommettes, cons-

(1) F. SOREL. — *De la fièvre dans l'érysipèle et de l'unicité des variétés médicale et chirurgicale.* (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 3 avril 1885.)

titue souvent une *forme abortive* qui pourrait même parfois être absolument *apyrétique*.

Les conditions qui font avorter spontanément l'érysipèle dit médical sont assez mal déterminées. Plus l'affection reste circonscrite et localisée, plus courte sera la durée de la maladie; une plaque unique peut se résoudre en moins de cinq jours. D'autre part l'érysipèle à répétition est souvent bénin. On cite des observations d'érysipèle cataménial se terminant en 48 et 72 heures. Enfin, chez les sujets lymphatiques, l'érysipèle blafard qui leur est propre et dont les caractères sont si marqués, évolue souvent en 36 et 48 heures. Mais la poussée cutanée est alors si légère que bien souvent on pourrait se demander si le diagnostic était exact, n'était l'adénopathie sous-maxillaire et la desquamation lamellaire qui ne peuvent guère tromper.

2° ERYTHÈMES POLYMORPHES. — Il existe un groupe de maladies qui, étudiées autrefois presque exclusivement par les dermatologistes, semblent, depuis la conception nouvelle des maladies infectieuses, devoir sortir de ce cadre restreint et entrer dans le domaine de la pathologie interne proprement dite. Je veux parler des dermatoses bulleuses aiguës, des *pemphigus aigus*, des *érythèmes noueux*, *papuleux*, *vésiculeux*, *marginés*, etc., *polymorphes*, en un mot, comme les a appelés Hébra.

Naguère en effet le pemphigus, vieux terme employé par Hippocrate et dont on s'est si souvent servi depuis pour désigner les affections les plus disparates, la fièvre bulleuse, la fièvre vésiculeuse, l'érythème bulleux, constituait une affection spéciale de la peau bien déterminée (Bazin (1), S. Gilibert (2), etc.).

De même, les érythèmes marginés, circinés, papuleux, vésiculeux, iris, tuberculeux, noueux ne sont pour les uns que de simples maladies de la peau (Willan, Bateman, Alibert, Bielt, Cazenave); pour d'autres, au contraire, des *dermopathies rhumatismales* (Bazin (3), Shanahan (4), Ferrand (5), Dechambre (6), Drivon (7), Couland (8),

(1) BAZIN. — *Leçons sur les affections génériques de la peau*, p. 244.

(2) STANISLAS GILIBERT. — *Monographie des pemphigus*. Lyon, 1813.

(3) BAZIN. — *Affections de nature arthritique et dartreuse*.

(4) SHANAHAN. — *De l'érythème noueux*. Thèse de Paris, 1853.

(5) FERRAND. — *Les exanthèmes du rhumatisme*. Thèse de Paris, 1862.

(6) DECHAMBRE. — *Considérations sur les éruptions dans leurs rapports avec le rhumatisme*. (*Gazette hebdomadaire*, 1860, p. 676).

(7) DRIVON. — *Des éruptions rhumatismales*. Thèse de Montpellier, 1862.

(8) COULAND. — *Erythème papuleux dans ses rapports avec le rhumatisme*. (*Archives générales de médecine*, août 1874.)

Watson (1), Begbie (2), Fox (3), Bohn, Neumann, etc.). Mais tous ces différents auteurs n'observaient généralement que la lésion cutanée. Un examen plus approfondi des malades montra que les symptômes généraux, dans la plupart des cas, dominaient les manifestations cutanées, et que, par conséquent, ces dernières n'étaient que la manifestation extérieure d'un état général plus ou moins grave : pyrexie essentielle pour les uns (Chomel, Grisolles, Tardieu, Gintrac, Hardy, Roger, Gubler (4), G. Sée (5), etc.), maladie infectieuse pour d'autres (Uffelmann (6), Senator, Barduzzi (7), Cantani, Baeresprung, Spillmann (8), Hébra, Kaposi (9), de Molènes-Mahon (10), Marquet (11), Arnaud (12), etc.

Quant à la lésion cutanée elle-même, d'après Hébra, le créateur de l'entité *érythème exsudatif multiforme* ou mieux *polymorphe*, elle varie suivant le stade du processus irritatif qui commence à l'érythème et aboutit à la bulle. Dans sa classification en effet (13) il existe une classe des exsudations cutanées qui renferme :

1° Les dermatoses exsudatives aiguës contagieuses (rougeole, scarlatine, variole);

2° Les dermatoses exsudatives aiguës non contagieuses (érythème polymorphe).

Vraiment, il semble assez particulier de trouver dans un livre de dermatologie des descriptions fort belles, il est vrai, de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, mais l'école d'Hébra ne voit jamais que la lésion cutanée. Cependant cette classification montre bien les liens qui unissent ces différentes pyrexies et l'érythème polymorphe.

Déjà en outre depuis longtemps des épidémies de fièvre bulleuse, de pemphigus aigu sont signalées et tendent à démontrer qu'il s'agit là de pyrexies vraies. Nous ne signalerons que les plus intéressantes, les

-
- (1) WATSON. — *Lectures of the pract. of phys.*, vol. II, p. 836.
(2) BEGBIE. — *Archives générales de médecine*, 1850.
(3) T. FOX. — *Pathologie cutanée*. London, 1873.
(4) GUBLER. — *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 12 octobre 1859.
(5) G. SÉE. — *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1859.
(6) UFFELMANN. — *Deutsches Archiv. für klin. med.*, Band, 1873, n° 4 et 5.
(7) BARDUZZI. — *Giornale ital. delle malattie veneree della pelle*, 1879, fasc. 3.
(8) SPILLMANN. — *Annales de Dermatologie*, 1885.
(9) KAPOSI. — *Traité des maladies de la peau*, traduction E. Besnier-Doyon.
(10) P. DE MOLÈNES-MAHON. — *Contributions à l'étude des maladies infectieuses. De l'Erythème polymorphe*. Thèse de Paris, 1884. Coccoz, édit.
(11) MARQUET. — *De l'érythème polymorphe*. Thèse de Paris, 1884.
(12) ARNAUD. — *L'érythème polymorphe fébrile à forme grave*. Thèse de Lyon, 1883.
(13) HÉBRA. — *Traité des maladies de la peau*, traduction Doyon, t. I^{er}, p. 284. Paris, 1278.

plus communes, à savoir : celle de Cranone relatée par Hippocrate (1), du comté de Tecklembourg en juin 1777 (Finke) (2), de l'hôpital militaire d'Antibes en 1789 (Salabert) (3), l'épidémie de *fièvre synoque avec éruption bulleuse* à Londres en 1672, bien décrite par Morton (4), le pemphigus des camps à Prague en 1736, par Thiéry (5), le pemphigus helveticus de Langhans (6) 1752, enfin les épidémies récentes d'érythème polymorphe signalées par Œhme (7) et Gall en Bosnie et Volquardsen (8) à Saint-Louis. Tous ces faits et de nombreuses observations plus modernes tendent à prouver qu'on est en présence d'une *maladie infectieuse* (9) dont le microbe aurait été vu par Gibier (10) et par Spillmann (11). C'est en effet fort probable pour les formes bulleuses de l'érythème polymorphe ou pemphigus aigu, plus discutable pour les érythèmes simples annulaires, marginés, gyratés, circinés, papuleux, tuberculeux et surtout nouveaux.

Car, si Hébra et beaucoup d'auteurs récents rapportent à un seul type morbide toutes les modalités cutanées de l'érythème, un certain nombre d'auteurs sont affirmatifs dans un sens contraire, et retirent de l'érythème polymorphe la variété nouvelle qu'ils décrivent à part comme une maladie spéciale (Neumann (12), Fabre (13), Rondot (14), Germain Sée et Talamon (15), Behrend (16), etc.). Ils sont, en un mot, non identistes. Parmi les identistes signalons l'opinion de MM. Besnier et Doyon (17) : « Malgré l'opinion contraire émise par quelques auteurs, « l'érythème nouveau ne constitue qu'une variété de l'érythème multi-
« forme; la nodosité elle-même dépend souvent d'une manière exclusive
« du siège de l'érythème aux membres inférieurs et particulièrement
« aux jambes, où la faculté d'œdématisation est portée à un haut degré.
« Il n'est rien d'aussi ordinaire que de voir l'érythème assez plat aux

(1) HIPPOCRATE. — *Des épidémies*, 1^{er} paragraphe du second livre.

(2) FINKE. — *De morbis biliosis anomalis*, etc., p. 118.

(3) SALABERT. — *Journal de médecine*, t. LXXXII, p. 63.

(4) MORTON. — *Append. ad exercit.*, II, p. 163.

(5) THIÉRY. — *Médecine expérimentale*, p. 134, et SAUVAGES, *Nosologie*.

(6) LANGHANS. — *Acta helvetica*, vol. II, p. 260, et SAUVAGES, *Nosologie*.

(7) ŒHME. — *Archiv der Heil.*, Bd XVIII, 1877.

(8) VOLQUARSEN. — *Schmidt's, Jahrb.*, 1877., Bd CLXXV, n° 1.

(9) Voir Thèse de Moïènes-Mahon, *loc. cit.*, p. 114 et suivantes.

(10) GIBIER. — *La Bactérie du pemphigus*. (*Archives de dermatologie*, 1882, p. 101.)

(11) SPILLMANN. — *Annales de dermatologie*, 1885, nos 8-9.

(12) NEUMANN. — *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1879, n° 44.

(13) FABRE (DE COMMENTRY). — *De la maladie de Hébra*. Paris, 1883.

(14) E. RONDOT. — *Erythème nouveau fébrile et ses complications*, 1883.

(15) G. SÉE et TALAMON. — *Clinique de l'Hôtel-Dieu*. (*Progrès médical*, 1883, nos 15 et 16.)

(16) BEHREND. — Article *Erythème* in *Real Encyclop. der Gesamten Heilk.*, Berlin. 1883.

(17) KAPOSI. — *Loc. cit.*, p. 379, t. 1^{er}.

« membres supérieurs ou autour du genou, devenir tout à fait noueux
« dans les régions tibiales. »

Mais en tout cas, tous ces érythèmes sont le plus souvent pyrétiques et, comme tels, peuvent être abortifs : j'ajouterai même qu'ils sont le plus souvent abortifs et que la forme prolongée et grave aboutissant à la mort est relativement rare. Décrire, en effet, l'érythème polymorphe tel qu'on le comprend aujourd'hui, c'est-à-dire avec toutes ses manifestations cutanées depuis l'érythème simple jusqu'à la bulle, avec toutes ses complications ou mieux, comme le déclarent MM. E. Besnier et Doyon, ses *localisations* (1), depuis la fièvre simple avec légère élévation thermique, bronchite, angine érythémateuse, albuminurie, douleurs rhumatoïdes légères, jusqu'à l'hyperthermie, la broncho-pneumonie, la néphrite, etc., la mort enfin, énumérer toutes les formes aiguës de l'entité de Hébra, n'est pas dans notre sujet. D'ailleurs les grands traités récents de dermatologie, les thèses déjà signalées, donneront à cet égard toutes les indications nécessaires. Ce que je veux indiquer brièvement, ce sont les formes abortives. Avec S. Gilibert (2) nous pouvons diviser en cinq périodes la marche de ces érythèmes :

- 1° Période d'imminence (la fièvre se montre);
- 2° Période d'invasion (l'éruption apparaît);
- 3° Période d'accroissement (l'éruption se développe, et les symptômes généraux augmentent);
- 4° Période de décroissement (l'éruption tend à disparaître et la fièvre cesse);
- 5° Période de terminaison.

Si la pyrexie s'arrête dès la deuxième période, elle devient abortive; et cela, je le répète, est fréquent dans l'érythème polymorphe, et a même souvent dérouté les observateurs qui en présence de ces cas légers abortifs se sont crus obligés d'admettre des affections distinctes enrichissant sans raison la dermatologie de vocables nouveaux et inutiles. Pour bien montrer ces érythèmes abortifs je renverrai aux observations de la thèse du docteur Arnaud (*De l'érythème polymorphe fébrile à forme grave*, Lyon 1883, et à l'observation 25, page 175 de la thèse de P. de Molènes-Mahon (déjà citée).

Qu'on compare ces observations et bien d'autres dans lesquelles on constate un léger mouvement fébrile auquel succède l'apparition de

(1) *Leçons sur les maladies de la peau*, par M. Kaposi. Note des traducteurs, t. 1^{er}, p. 374.

(2) GILIBERT. — *Monographie du pamphtigus*. Lyon, 1813, p. 236.

placards rouges sur les poignets, le dos des mains, la face, taches rouges se recouvrant le lendemain de petites papules rouges, saillantes, ou de quelques nodosités, en même temps que surviennent un peu de bronchite, d'angine, d'albuminurie très légère, parfois même un souffle léger à la pointe du cœur, souffle qui pourra persister encore après la disparition de tous les autres phénomènes ainsi que cela arrive. Qu'on se rappelle enfin les douleurs légères abarticulaires, pseudo-rhumatisme pour les uns, rhumatisme vrai pour les autres; le tout évoluant en un septénaire environ sans laisser d'autres traces qu'une légère desquamation des régions où a siégé l'éruption. Que l'on compare donc ces faits, fort nombreux, aux cas graves signalés par les auteurs et dans lesquels on voit les phénomènes cutanés précédents évoluer vers la nodosité, la vésicule, la bulle, et les phénomènes généraux se compliquer de bronchopneumonie, de cardiopathies, de néphrites, etc., et se terminer par la mort. On comprendra facilement que les érythèmes polymorphes, les fièvres bulleuses, les érythèmes noueux, pyrexies manifestes, qu'ils constituent ou non la même entité morbide, peuvent, ainsi que la scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde, etc., présenter parfois des formes complètes graves, mortelles même, des formes atténuées qui sont les plus fréquentes, et, enfin dans quelques cas, des formes véritablement abortives.

3^o FIÈVRE HERPÉTIQUE. — FIÈVRE ZOSTER. — *a) Fièvre herpétique.*
— L'herpès fébrile peut être observé dans deux conditions différentes : D'une part l'éruption herpétique peut se rencontrer dans un grand nombre de maladies aiguës infectieuses; d'autre part il se présente aussi comme une *maladie idiopathique analogue* pour les uns, *identique* pour les autres aux fièvres éruptives; il est alors la seule manifestation organique de la fièvre.

Dans le premier cas, l'herpès fébrile vient compliquer une maladie déjà existante. Il apparaît à la suite ou dans le cours d'une pyrexie ayant pour point de départ une autre lésion organique, un trouble fonctionnel ou une perturbation générale de l'organisme dont la cause et la nature sont parfaitement connues.

C'est un épiphénomène qui pour les uns posséderait un caractère critique et qui pour d'autres ne serait qu'un symptôme banal et sans valeur.

Les maladies dans lesquelles on observe le plus fréquemment l'herpès,

sont : le *coryza*, la *grippe*, la *bronchite aiguë*, la *pleurésie*, la *pneumonie*, les *angines inflammatoires*, l'*embarras gastrique*, la *fièvre éphémère* chez les femmes en couche, les *fièvres intermittentes*, le *typhus abortif*, la *méningite cérébro-spinale épidémique*, etc. Il est rare dans le *choléra*, on l'a observé assez souvent dans la *fièvre jaune*. Féréol en cite un cas dans la *scarlatine* (1).

D'après le professeur Hardy, on ne l'observerait pas dans la fièvre typhoïde ou du moins ce fait est si exceptionnel que l'apparition d'un herpès dans un cas douteux doit suffire pour faire rejeter le diagnostic de fièvre typhoïde (2).

Quoi qu'il en soit, cet herpès fébrile, qui n'est pour certains auteurs qu'un simple épiphénomène, revêt au contraire pour d'autres un caractère critique favorable et c'est surtout à propos de la *pneumonie avec herpès* qu'ont été émises les opinions les plus divergentes.

Le professeur Hardy déclare que le développement de cette éruption accessoire *ne peut servir en rien au pronostic*, quoi qu'on en ait dit. Les médecins allemands n'accordent, eux aussi, aucune valeur pronostique à cette éruption.

Au contraire, Grisolle, Trousseau, Chomel, Tardieu, Jaccoud, font de l'apparition de l'herpès dans la *pneumonie*, un signe favorable.

Parrot et surtout Lagout, décrivent une *pneumonie herpétique* et en font une fièvre herpétique avec manifestations sur le poumon.

Ceci nous amène naturellement à parler de la forme d'herpès fébrile qui nous intéresse surtout ici, de l'herpès fébrile, idiopatique de la fièvre herpétique de Parrot et Lagout. Dans son remarquable mémoire, en effet, Parrot (3) conclut « qu'il existe une espèce morbide, que nous avons appelée *fièvre herpétique*, et qu'il faut comprendre sous cette dénomination la plupart des cas de fièvre synoque, éphémère, gastrique, angioténique et d'origine herpétique. » Il y fait rentrer l'angine herpétique décrite par Gubler.

La plupart des auteurs sont aujourd'hui d'accord avec lui pour reconnaître qu'il existe une entité morbide appelée *fièvre herpétique*.

Déjà Morton (*Synopsis februm*) plaçait l'herpès à côté de la fièvre varioleuse.

(1) FÉRÉOL. — *Société médicale des hôpitaux de Paris*, t. VIII, 2^e série. Paris, 1871, p. 16.

(2) HARDY. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, t. XVII, p. 637.

(3) J. PARROT. — *Notes sur la fièvre herpétique*. (*Gazette hebdomadaire*, 1871.

Cazenave et Schedel (1838) signalent les rapports qui existent entre l'herpès, la varicelle et la vaccine.

Gintrac met l'herpès phlycténoïde ou diffus au nombre des fièvres éruptives et exanthèmes aigus.

Bazin indique comme idiopathiques ou pseudo-exanthématiques, certains cas d'herpès labialis, preputialis, vulvaris ou zoster qu'il réunit sous le nom commun d'herpès phlycténodé.

Mais c'est au regretté Parrot que revient le mérite d'avoir donné la première description complète de la *fièvre herpétique*. Il la considère comme l'analogue des autres fièvres éruptives, mais elle en diffère parce qu'elle n'est pas contagieuse et qu'elle peut récidiver.

En 1873 M. le docteur Lagout (1) dans sa monographie sur l'herpès labialis, conclut à la similitude parfaite et s'exprime ainsi : « L'herpès labialis est une fièvre éruptive vésiculeuse avec tous les caractères inhérents à cette classe pathologique. »

M. Coutagne (2) et M. Goudounèche (3) dans leurs thèses inaugurales, arrivent aux mêmes conclusions.

Avec tous ces auteurs nous croyons donc à une *fièvre herpétique*, maladie générale, unique, à localisations multiples et par suite à symptômes variables.

La fièvre herpétique présente des formes normales et anormales, bénignes, graves, mortelles. En se guidant sur la marche de la température on a reconnu à la fièvre herpétique un type continu, rémittent ou intermittent. On a décrit une forme subcontinue où les intermittences n'étaient pas séparées par de l'apyrexie (4). Mais pouvons-nous trouver ici une forme abortive de cette affection ? La durée de la fièvre herpétique est variable suivant les différentes formes ; l'éruption peut apparaître le même jour ou ne se montrer que deux, trois, quatre, cinq, sept jours et plus quelquefois après le début de la maladie. Si nous cherchons à fixer une moyenne nous obtenons trois ou quatre jours (5). Or,

(1) D^r LAGOUT. — *Mémoire sur l'herpès labialis*. (Société médicale des hôpitaux de Paris, année 1873.)

(2) COUTAGNE. — Thèse de Paris, 1871. *Herpès généralisé fébrile*.

(3) GOUDOUNÈCHE. — Thèse de Paris, 1882. *Fièvre herpétique*.

(4) GOUDOUNÈCHE. — *Loc. cit.*

(5) La figure ci-jointe est un bel exemple de fièvre herpétique développée sous nos yeux chez un malade atteint de néphrite subaiguë. La maladie se jugea par une plaque herpétique sur la joue droite.

il y a des cas de fièvre herpétique où la fièvre est vive et de courte durée. Après vingt-quatre heures ou trente-six heures, la température est revenue au degré normal. Souvent la fièvre herpétique ne se manifeste que par un seul accès fébrile d'une durée de douze heures, de vingt-quatre à trente-six heures, et, lorsque apparaît l'herpès le malade n'a plus de fièvre, il est complètement guéri : c'est alors surtout dans ces formes écourtées abortives qu'on peut considérer l'herpès comme un phénomène critique. Ce sont ces cas qu'on a rangés dans la *fièvre éphémère* et que nous croyons pouvoir considérer comme des *formes abortives de la fièvre herpétique*.

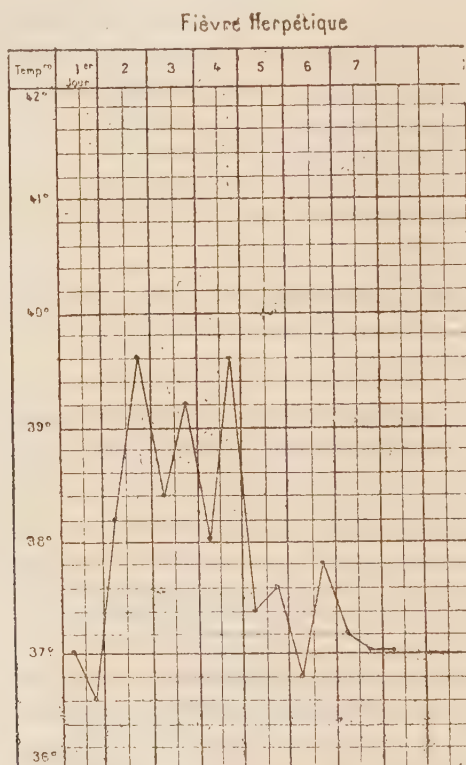


FIG. 14.

On trouve d'assez nombreux exemples de cette fièvre herpétique abortive dans la littérature médicale.

Nous lisons dans le mémoire de M. le docteur Lagout (1), les lignes suivantes :

(1) *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1873, p. 97.

« Un de mes clients a, tous les ans vers le commencement du printemps, un frisson initial, puis une fièvre de 36 heures environ qui se termine par une éruption d'herpès aux lèvres. » C'est une observation journalière qui se traduit dans nos campagnes par cette locution usuelle : « La fièvre lui est sortie par la bouche. »

Plus loin dans le même ouvrage il parle d'un cultivateur qui quelquefois « surpris par la pluie pendant son travail des champs, rentre le soir plus fatigué que de coutume ; dès le lendemain ou le surlendemain au plus tard il est pris d'un frisson et d'une forte fièvre ; puis quarante-huit heures après il lui sort autour des lèvres de gros boutons et la fièvre cesse. Il lui faut le reste de la semaine pour reprendre ses forces et se mettre à travailler. »

Nous ne pouvons je crois considérer ces *formes écourtées de fièvre herpétique* autrement que comme des *formes abortives*.

Si l'on ne trouve pas beaucoup d'observations de fièvre herpétique abortive dans la littérature médicale, c'est que la plupart des cas étant de courte durée passent inaperçus et ne sont pas relatés.

Quelles sont les idées doctrinales sur la *pathogénie de la fièvre herpétique*? Pour le professeur Gubler, c'est une maladie *a frigore*. Elle est due à l'influence du froid sur les principales fonctions de l'économie. En réalité, il existe deux théories principales :

1° La théorie de Parrot qui tient compte du *froid* et des germes : « C'est par le fait d'un changement brusque de la température qui s'abaisse rapidement, après s'être élevée d'une manière anormale, que l'organisme subit une perturbation à la faveur de laquelle s'élaborent les *germes herpétiques*. »

Pour le docteur Lagout c'est aussi le germe herpétique qui serait le *virus* de la fièvre herpétique.

2° La seconde théorie fait de la fièvre une maladie générale, une pyrexie rentrant dans les maladies dites infectieuses. Dans son article *fièvre* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, Hirtz place la fièvre herpétique à côté de la rougeole, de la variole et de la scarlatine. Dans sa communication au grand congrès médical de Londres M. le professeur Bouchard énumère un certain nombre de maladies infectieuses dans lesquelles il a trouvé des carac-

tères spéciaux de l'urine (albumine rétractile, bactéries) et parmi ces maladies se trouve la fièvre herpétique (1).

On peut donc admettre en terminant que la fièvre herpétique est une maladie aiguë, de tous points comparable aux fièvres éruptives, comme elles exanthématique et comme elles infectieuse, dont les formes abortives sont des plus communes. Il faut toutefois se demander en terminant, si, chez certaines personnes prédisposées, qui font avec la plus grande facilité, à la faveur d'un léger refroidissement ou d'une fatigue accidentelle, une poussée herpétique, il s'agit toujours là de la même maladie aiguë, fébrile, pyrétique. L'herpès n'est, après tout, qu'un signe commun et banal, et la distinction de la *fièvre herpétique* pour être valable, demande, il me semble, à rester isolée et indépendante de tous les herpès symptomatiques.

b) Fièvre Zoster. — Ceci m'amène à dire quelques mots d'une maladie aiguë, fébrile, comme l'avait déjà rappelé Parrot après Borsieri, le zona ou herpès zoster. Ici encore, il faut sévèrement différencier, comme le demande M. Landouzy (2), le zona-fièvre ou fièvre zoster du zona-symptôme, éruption secondaire à toute une série de lésions nerveuses. Or, la fièvre qui se traduit et se juge par une éruption de zona, le vrai zoster est une maladie générale, aiguë, s'accompagnant des symptômes caractéristiques de la fièvre. Non seulement en effet la température s'élève jusqu'au moment de l'éruption et persiste même souvent jusqu'à ce que l'éruption soit terminée (Landouzy), mais encore l'état gastrique, les sueurs, les urines fébriles, l'abattement, la céphalalgie, existent souvent et complètent l'appareil fébrile.

La courbe ci-contre que je dois à l'obligeance de M. Landouzy, est intéressante à ce point de vue. La température ne tomba que le septième jour de la maladie.

Or, le zona, pyrexie qui produit une détermination locale sur le trajet connu d'un ou de plusieurs filets nerveux, ne récidive pas. M. Hardy a peut-être observé deux ou trois récidives de zona. De plus

(1) GOUDOUNÈGHE. — *Loc. cit.*, p. 48.

(2) LANDOUZY. — *Fièvre zoster et exanthèmes zostériformes. Leçon.* (*Semaine médicale*, 20 septembre 1883)

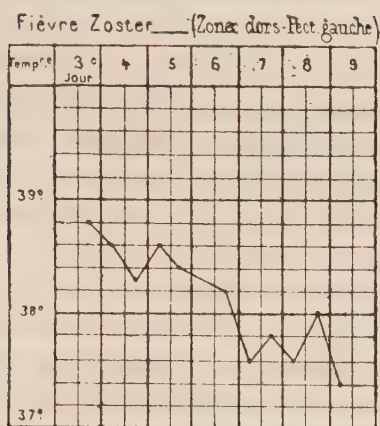


FIG. 15.

le zona paraît contagieux (1). Voilà des arguments bien sérieux en faveur de la nature infectieuse de la fièvre zoster (2). Cette question encore à l'étude mérite grande attention. Au point de vue qui nous occupe spécialement, si le zona est une fièvre exanthématique, le plus souvent circonscrite comme éruption, mais pouvant cependant être plus ou moins diffuse (zona diffus, zona des membres, zona hémiplegique, etc.), en clinique il n'y a pas beaucoup de fièvre qui soit aussi souvent abortive. Que de fois on trouve une seule ou deux plaques de vésicules herpétiques sur le trajet, plus ou moins exact, d'un nerf intercostal? Combien souvent la fièvre est légère et de courte durée, l'éruption sortant presque aussitôt après le début d'un malaise vague et de douleurs légères circonscrites au trajet du nerf qui sera lésé. Chez l'enfant, par exemple, le zona qui n'est pas rare à cette époque de la vie, est très fréquemment peu fébrile et presque indolore. C'est accidentellement qu'on s'aperçoit de l'éruption sur le tronc ou sur les membres. L'avortement de la fièvre herpétique se poursuit même jusque dans l'éruption proprement dite. Il n'est pas rare de voir une poussée de zona se caractériser seulement par quelques placards sur lesquels les vésicules avortent pour la plupart, donnant naissance à une sorte de plaque granitée, douloureuse, très curieuse, et que j'ai, pour ma part,

(1) TROUSSEAU. — *Clinique de l'Hôtel-Dieu*.

G. WALTER. — *Contagion du zona*. (*Allg. med. centralb. zeitung*, avril 1878.

ERB. — *Neurologisches centralblatt*, décembre 1882.

(2) BOULANGER. — *Contributions à l'étude de la fièvre zoster, Zona infectueux*. Thèse de Paris, 1885.

observée plusieurs fois. Il s'agit bien d'un zona, car la douleur existe sur le trajet des nerfs, et les petites papules à peine vésiculeuses à leur sommet, se dessèchent et forment de petites croûtes brunâtres; d'ailleurs souvent une ou plusieurs vésico-pustules caractéristiques isolées ou en plaque donnent, dans le voisinage, la signature de la maladie.

Conclusion : le zona fébrile, fièvre zoster, est fréquemment abortif, tant au point de vue de son évolution pyrétique qu'à celui de ses caractères exanthématiques.

FIÈVRES ÉRUPTIVES. — Le chapitre que j'aborde est bien décrit par tous les auteurs. On n'attend pas de moi que je réédite les descriptions qui ont été données des *varioles*, de la *scarlatine*, de la *rougeole*, de la *varicelle* et même des *roséoles* au point de vue de leurs formes légères, et atténuées en un mot de leurs formes *abortives*.

Je voudrais seulement noter ici quelques réflexions et donner quelques détails à propos des fièvres éruptives abortives. Je ne reviendrai pas sur les causes souvent obscures qui font avorter telle ou telle fièvre éruptive. L'âge des sujets, une récurrence, enfin la bénignité de l'épidémie, voilà bien souvent tout ce qu'on peut trouver comme étiologie. La variole seule est plus instructive à cet égard, comme nous l'avons vu à propos de l'étude des vaccins et de la vaccine en particulier.

La *variole* nous permettra tout d'abord de suivre pas à pas la question de l'avortement de la maladie.

La variole, avec ses périodes bien réglées, avec son éruption à évolution lente et à étapes (papule, vésicule, pustule) nettement déterminées, permet de se rendre un compte exact du moment où la maladie avorte, du degré plus ou moins complet de l'avortement.

La possibilité de voir la variole s'arrêter dans son développement est un phénomène connu de toute antiquité. Avant que, par l'emploi des moyens dont nous disposons aujourd'hui, on fût parvenu à provoquer artificiellement l'avortement de la maladie, on rencontrait, à côté des sujets qu'une immunité naturelle mettait absolument à l'abri de la variole, d'autres sujets chez qui la préservation n'était pas complète. Par suite, d'une imprégnation insuffisante de leur organisme, s'ils étaient touchés, ils résistaient au développement régulier de l'affection; chez eux, la variole pouvait germer, se développer; mais elle s'arrêtait dans son évolution, elle avortait en chemin. Cet avortement possible de la maladie est signalé par tous les auteurs; mais ils

n'était pas assez fréquent pour que les anciens nous en aient laissé une description complète. Borsieri, Torti, Cullen, Sydenham, Huxham, dans leurs descriptions de la variole, et des principales épidémies qu'ils ont observées, s'occupent peu des heureux qui échappent plus ou moins complètement à la maladie, ils s'intéressent beaucoup plus aux victimes atteintes des formes graves dont ils recherchent les causes et le traitement

Dans la seconde moitié du siècle dernier, la variole abortive devient beaucoup plus fréquente; on cherche à l'obtenir artificiellement pour mettre les sujets hors d'atteinte de la variole grave; c'est l'ère des inoculations varioliques; mais à la suite de celles-ci, c'était plus souvent une variole *discrète* qui se produisait, qu'une variole modifiée, avortée.

Pour voir la variole abortive devenir tout à fait fréquente, il faut arriver au second quart de ce siècle. La vaccine, inaugurée par Jenner à la fin du siècle dernier, était entrée dans les mœurs; malheureusement elle ne rendit pas tous les services dont on l'avait crue capable à ses débuts.

Les épidémies du premier quart de siècle, surtout celles de 1820 à 1825, montrèrent que l'immunité, qu'elle confère, n'est pas indéfiniment complète; elle n'est pas efficace pendant toute la durée de la vie chez tous les sujets vaccinés; chez la plupart d'entre eux, elle s'épuise progressivement et diminue avec le temps; mais, au moment où une vaccination de date déjà ancienne ne saurait plus prémunir absolument de la variole, elle atténue encore considérablement la gravité de la maladie, qui se développe légère, incomplète, avorte le plus souvent.

Dans les épidémies de ce siècle, l'observation de la variole avortée devient journalière, plus fréquente que celle de la variole vraie et nous voyons apparaître les descriptions didactiques. La clinique de Trousseau renferme une excellente description de la forme la plus commune de la variole modifiée ou variole avortée. L'éminent clinicien, après avoir reconnu qu'il est impossible de donner de la maladie un type unique, met nettement en relief les principales modifications que présente l'évolution de la pyrexie dans le plus grand nombre des cas : la période d'incubation conserve sa durée d'une douzaine de jours; la période d'invasion offre les mêmes symptômes (rachialgie, vomissement, fièvre), souvent avec une intensité égale à celle de la variole vraie. L'éruption

se fait à son époque habituelle ou peu s'en faut, parfois retardée, d'autrefois avancée, discrète dans la plupart des cas.

Mais à côté des malades, chez qui la variole avorte complètement et ne suppure pas, il en est toute une série chez qui la suppuration se produit malgré l'existence d'une vaccination antérieure ; l'immunité que donne le vaccin peut même se perdre entièrement après un certain nombre d'années chez certains individus qui se trouvent alors complètement exposés aux coups de la maladie dont l'inoculation vaccinale devait les préserver. Toutefois, chez les malades, qui suppurent, il semble que l'action du vaccin puisse persister encore dans une certaine mesure ; souvent la suppuration reste incomplète, il y a des *demi-avortements* ; je n'oserais cependant aller avec Trousseau jusqu'à dire que l'influence de la vaccine se fasse toujours quelque peu sentir, et que la variole confluente, tout en restant la seule qui tue les individus vaccinés, ne puisse plus présenter ses allures normales : chez nombre d'individus anciennement vaccinés, la variole reprend complètement l'allure et la gravité de la variole confluente vraie ; ces cas, rares à l'époque où écrivait Trousseau, sont devenus beaucoup plus fréquents dans ces dernières années. En résumé, l'avortement de la variole sous l'influence de la vaccine peut être variable ; il peut se traduire par un manque absolu de suppuration, par une suppuration plus ou moins complète suivant que le malade est encore sous l'influence vaccinale ou qu'il n'a plus les bénéfices de l'immunité temporaire à lui conférée par le virus vaccin.

Il pourrait paraître paradoxal de dire que la variole avortée peut se caractériser par une suppuration plus ou moins complète. Si l'on acceptait, en effet, dans toute sa rigueur, la distinction établie par M. Rigal, toute variole dont quelques boutons suppurent ne pourrait être considérée comme variole modifiée ou abortive. Or, il n'est pas rare de voir des malades atteints de variole modifiée bénigne, présenter quelques vésico-pustules, *sans réaction fébrile*. Ces cas sont bien des varioles avortées.

Pourquoi la variole avorte-t-elle ? On admet généralement que c'est par suite de l'influence vaccinale. Jadis on invoquait la variolisation antérieure. Toutefois, à côté de ces varioles expérimentalement modifiées par l'inoculation, se trouvaient et se retrouvent encore aujourd'hui des cas où spontanément, sans cause connue, la variole se développe sur un individu vierge de vaccine, avorte et ne tend même pas à la suppu-

ration. Il faut alors chercher dans les antécédents du malade afin de savoir s'il n'a pas déjà contracté la variole, dans des conditions épidémiques particulières, mais bien souvent on ne trouvera pas d'élément étiologique appréciable.

Je voudrais en terminant dire quelques mots au sujet de la *coïncidence chez le même sujet de la variole et d'une autre fièvre éruptive*, afin de savoir si la pyrexie coïncidente modifie en bien ou en mal la variole et la peut faire avorter.

Tout d'abord, voyons la *rougeole* coïncidant avec la variole. Van Swieten remarquait déjà que dans le cours d'inoculations varioliques, la rougeole a retardé le développement de la variole, mais n'a ni détruit le virus varioleux ni aggravé la maladie. (*Commentaria in Hermani Boerhaave Aphorismos de cognoscendis et curandis morbis, Lugduni Batavorum*, 1772, t. V, p. 32.)

Bez (1) dans sa thèse cite l'opinion de plusieurs auteurs, Bergius, Hunter, Desessartz, Jenner, Dezoteux, Valentin, qui tous sont unanimes à reconnaître que la rougeole retarde, *suspend la variole inoculée*, mais ne l'aggrave pas. Il cite plusieurs observations qui indiquent que la variole le plus souvent discrète s'est alors toujours montrée bénigne.

Quand il y a variole spontanée dans le cours d'une rougeole, la marche de la variole ne semble pas modifiée d'une façon générale.

Dans le cas où la variole a commencé et où la rougeole est survenue quelques jours plus tard, Bez signale 11 cas de guérison sur 12; il s'agissait de varioles discrètes ou varioloïdes, quelques-unes se sont montrées chez des sujets *non vaccinés*. Mais l'éruption était achevée au moment de l'invasion de la rougeole, de sorte que l'influence de celle-ci ne peut être accusée.

Il se trouve aussi des cas dans lesquels il y a *apparition simultanée des éruptions de rougeole et de variole*. A ce propos Bez conclut de ses observations que l'éruption de la variole a toujours évolué avec une régularité parfaite, sans hâte ni retard sensibles. « Toujours elle s'est montrée de l'espèce discrète ou de l'abortive, circonstance intéressante à rappeler au point de vue du pronostic. » Celui-ci a toujours été favorable, bien que tous les enfants ne fussent pas vaccinés.

(1) BEZ. — *Contemporanéité des fièvres éruptives*. Paris, 1877.

En résumé, la *rougeole*, dans sa période fébrile « retarde la maturation des boutons, ralentit la suppuration des pustules de la variole ». Elle agit là comme la pneumonie ou toute autre affection fébrile. Par contre « elle n'a aucune influence sur la marche des varioles abortives ». Elle ne supplante, ne refoule jamais une éruption variolique imminente, de même qu'elle ne l'interrompt jamais.

Pour ce qui est de l'influence de la *scarlatine* sur la marche de la variole, on trouve dans Desessartz cette remarque que, dans plusieurs cas de variole survenant une quinzaine de jours *après* la scarlatine, l'éruption n'avait pas suppuré. Toutefois, du relevé des faits apportés par les anciens auteurs, le docteur Bez conclut que l'influence de la scarlatine ne peut être indiquée, car elle s'était toujours montrée alors que l'éruption variolique était faite. Si la variole a été bénigne dans la plupart des faits consignés dans les recueils, c'est pure coïncidence.

En clinique, le type de la variole abortive c'est la maladie que nous connaissons sous le nom de *varioloïde*, qu'il serait préférable de remplacer définitivement, comme le veut Trousseau, par le terme de *variole modifiée*, qui dit bien ce qu'il doit signifier. Je ne veux pas en refaire la description aujourd'hui classique. Je dirai seulement que la varioloïde la plus légère, peut présenter quelques pustules purulentes ou même sanglantes, sans que le pronostic en soit aggravé, du moment où la fièvre de suppuration, le grand danger de la variole proprement dite, ne s'éveille pas. J'ai sous les yeux plusieurs observations de variole abortive recueillies par mon ami le docteur Comby, et je trouve signalée l'apyrexie la plus complète dans le plus grand nombre des cas. L'observation suivante m'a paru intéressante à ce point de vue :

OBSERVATION. *Variole abortive. Invasion atténuée et prolongée. Eruption des plus discrètes et des plus fugaces. Apyrexie.* — Kemps (Marie), vingt-six ans, domestique, entre à l'hôpital Saint-Louis le 23 janvier 1886. Elle a contracté la maladie à Pantin, rue du Centre, n° 9, où une jeune fille est morte le 10 janvier de variole. Trois domestiques de la même maison qui passaient souvent près de la loge du concierge où cette malade était couchée et qui y entraient quelquefois pour les besoins de leur service, ont été atteintes par la contagion et placées dans le service que nous dirigeons. Sur ces trois malades vaccinées dans leur enfance et portant les cicatrices d'une vaccine légitime, deux ont présenté une forme abortive de variole; la troisième seulement a été atteinte de variole cohérente. Le sujet de l'observation actuelle a été à peine touché, car toutes les périodes de la maladie ont évolué avec une discrétion et une bénignité des plus marquées. Invasion le 15 janvier (un peu

(1) DESSEARTZ, — *Journal de médecine et de pharmacie*, XLIX, 1878, p. 533.

de céphalalgie, de rachialgie et de courbature); fièvre légère, puisque la malade n'a pas daigné prendre le lit. Le 21 janvier seulement, c'est-à-dire au *sixième jour* de l'invasion, éruption de quelques papules à la face. Le 23 janvier, entrée à l'hôpital. (37°,4 le soir); le lendemain, apyrexie complète. (36°,9 le matin, 37°,2 le soir), Appétit conservé, état général excellent. A la face, on compte cinq ou six pustules petites et avortées; il n'en existe pas plus de vingt sur toute la surface du corps. Dès le surlendemain, ces pustules se dessèchent et le 26 janvier, *cinquième jour de l'éruption*, la dessiccation est achevée. La malade se lève, mange de bon appétit; la guérison est obtenue sans convalescence véritable.

Dans un fait que j'ai été à même de suivre il y a quelques mois, j'ai assisté à une épidémie domiciliaire. Trois membres de la famille sur cinq furent atteints de variole modifiée : le père et la mère eurent une forme bénigne, mais fébrile, qui se jugea par une quarantaine de papulo-vésicules dont aucune ne suppura. L'enfant, une petite fille de 10 ans, vaccinée avec succès dans les premiers mois de sa vie, fut prise la dernière d'un léger malaise à la suite duquel trois papulo-vésicules se formèrent l'une sur la luvette, l'autre sur la région frontale et la troisième dans la région dorsale. Cette variole abortive éclatait sur une enfant qu'on aurait pu croire encore réfractaire à une variole aussi bénigne; tandis que la pyrexie respectait les deux autres personnes de la maison un jeune homme de 19 ans et une jeune fille de 21 ans.

J'ai voulu démontrer par le court exemple qui précède que les conditions pathogéniques qui président au développement de la variole, même abortive, sont bien complexes, bien difficilement appréciables dans la plupart des observations.

Je ne dirai rien de la *rougeole*, non plus que de la *varicelle*: ces deux maladies sont bien connues dans leurs formes abortives et ne méritent pas de nous arrêter.

Quant à la *scarlatine*, il n'y a peut-être pas de maladie éruptive plus fréquemment abortive. L'allure capricieuse de cette pyrexie dont aucun des stades n'est régulièrement déterminé explique les anomalies si fréquentes, même dans les formes légères et bénignes.

Au point de vue qui nous occupe, la scarlatine peut être abortive de deux façons principales : tantôt la poussée fébrile se fait avec une extrême rapidité, parfois même inappréciable; l'éruption plus ou moins vive s'éteint vite, la desquamation se hâte et, au bout de plusieurs jours ou de quelques semaines au plus, tout est terminé : c'est ce qu'on pourrait appeler la forme rapide de la scarlatine abortive. L'observation

Scarlatine abortive

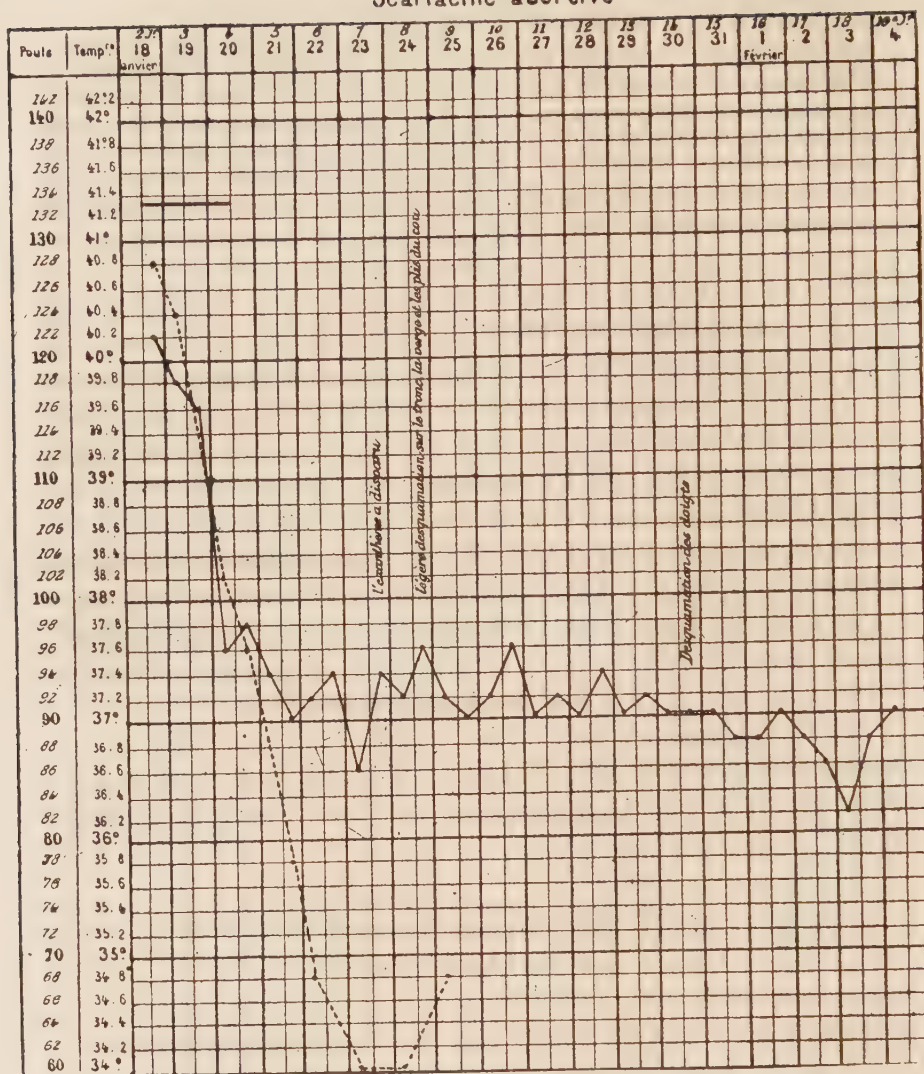


FIG. 16.

qui fait le sujet du tracé ci-joint est caractéristique à cet égard, la fièvre tombait le quatrième jour au matin et depuis lors la guérison s'est faite hâtivement. L'exanthème scarlatineux, généralisé même à la face, disparut le septième jour et dès le quatorzième jour la desquamation des doigts se faisait.

Tout autre serait la seconde forme abortive. L'éruption s'étant faite plus ou moins complète et généralisée, s'éteint ; mais la desquamation tar-

dive allonge la durée de la maladie. Si bien, qu'abortive pour sa période fébrile, la scarlatine offre une durée totale normale ou même prolongée, la fin de la desquamation réglant classiquement l'âge de la scarlatine. M. le professeur Damaschino (communication orale) a eu trois fois l'occasion d'observer cette forme avortée de la scarlatine chez des enfants de deux ans et demi, trois ans et quatorze ans. Dans chacun de ces faits, la période prodromique avait été très courte, une dizaine d'heures environ; la fièvre fut intense, s'élevant à 40° , $40^{\circ},2$. L'éruption se fit presque simultanément au bas-ventre, sur le tronc et sur le cou, puis sur les membres. Deux jours plus tard, elle s'effaçait complètement en même temps que la fièvre tombait presque subitement et que la convalescence s'établissait. L'évolution fébrile avait été si courte, l'éruption si légère et si fugace, que l'on aurait pu mettre en doute la nature de la pyrexie, n'étaient l'angine et la chute de l'épithélium lingual, elles-mêmes de très courte durée.

Dans ces trois cas, la desquamation ne fut pas précoce, elle ne se fit pas avant la troisième semaine et fut très caractéristique aux mains et aux pieds seulement.

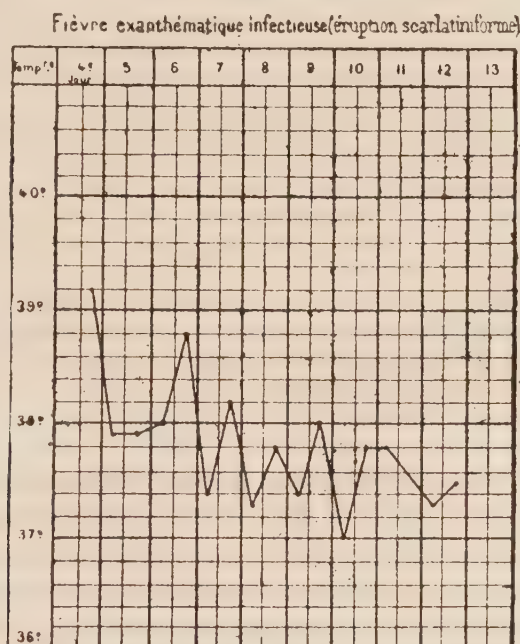


FIG. 17.

Ces cas abortifs de la scarlatine sont souvent d'un diagnostic difficile.

non seulement par la précipitation des phénomènes caractéristiques que l'on peut ne pas observer, mais encore parce que certaines maladies infectieuses mal déterminées à caractère exanthématique peuvent les simuler.

L'observation suivante recueillie dans le service du docteur Duguet par mon ami le docteur Lejard est remarquable à cet égard. Je la résume brièvement :

OBSERVATION. *Exanthème et énanthème scarlatiniformes avec purpura, albuminurie, sueurs, bronchite légère. Maladie infectieuse due à un traumatisme léger du pouce droit (lymphangite avec phlyctènes). Guérison.* — Un homme de trente-huit ans, employé de commerce, d'une bonne santé antérieure, éprouva trois jours avant son entrée à l'hôpital un frisson violent, vers six heures du soir. Céphalalgie intense; frissons nouveaux dans la nuit accompagnés de sueurs. Nausées, perte d'appétit, soif intense. Cet état persiste en s'aggravant, la céphalalgie devint extrême, des douleurs de courbature se répandirent dans les mollets et les cuisses.

Il entre à l'hôpital le quatrième jour de la maladie; depuis le matin les jambes et les pieds sont couverts de taches purpuriques. Il existe au pouce droit une phlyctène sanguinolente, on aperçoit des traînées rougeâtres de lymphangite se portant du pouce jusqu'à l'aisselle où les ganglions sont douloureux. Le malade se rappelle qu'il s'était légèrement blessé quelques jours auparavant en débouchant une bouteille.

Il existe sur la peau du ventre un érythème scarlatiniforme. La gorge est un peu rouge, rougeur purpurique du voile du palais; la langue est dépouillée, rouge aussi. Il y a en outre, une blépharite légère. Quelques râles sibilants disséminés dans la poitrine. La rate et le foie sont normaux. Douleurs légères dans la région lombaire. L'urine contient une petite quantité d'albumine.

Deux jours après son entrée, le purpura était de plus en plus étendu, surtout à la face interne des membres inférieurs. De plus, toute la surface du corps est le siège d'un exanthème scarlatiniforme qui ne respecte pas la face.

On discute l'hypothèse d'un purpura infectieux, d'une variole; on rejette la scarlatine et la rougeole. Le docteur Brocq, suppléant M. Duguet, penche pour le purpura infectieux.

Le septième jour de la maladie, une atténuation considérable se produit, la céphalalgie disparaît, l'exanthème s'éteint, le purpura pâlit. La lymphangite demanda quelques jours encore avant de s'éteindre, et l'albuminurie avait disparu le dixième jour. (Voir la fig. page précédente.)

La convalescence se fit régulière.

Cette observation intéressante se passe de commentaires. M. le professeur Bouchard, qui vit le malade, n'hésita pas à en faire une pyrexie infectieuse avec exanthème. Elle tourna court au dixième jour; elle fut donc abortive au sens exact du mot. Il y avait une porte d'entrée par laquelle pénétrèrent certains germes infectieux qui trouvèrent un sujet alcoolique, propre à la culture. Il était facile de différencier cette fausse scarlatine de la vraie scarlatine; mais en est-il toujours de

même ? Je n'aurais pour répondre qu'à citer la scarlatine des femmes en couche, qui n'est pas toujours une vraie scarlatine et se rattache plus souvent qu'on ne croit à cette maladie infectieuse et complexe qu'on appelle le puerpérisme infectieux.

SUETTE MILIAIRE. — De toutes les fièvres éruptives, celle que nous connaissons peut-être le moins bien dans notre contrée c'est la *suette miliaire*. Elle aussi peut revêtir la forme abortive. Les quelques notes qui suivent vont le prouver.

La maladie des Picards peut être abortive de trois façons assez distinctes en clinique ; elle peut : 1° être bénigne, 2° évoluer *sans sueurs*, 3° *sans éruption*. Tous les auteurs qui ont observé les épidémies signalent des cas bénins et des cas graves reliés entre eux par des intermédiaires. Ces cas bénins ont souvent été si légers que suivant l'expression de Nolé, c'étaient des suettes en miniature.

Malouin (*Epidémie de Paris 1747*), distingue deux espèces de suette dont une bénigne qui guérit en cinq ou six jours ; Desmars (Boulogne-sur-Mer, 1756) ; Debrest (Gannat et Cusset, 1759) ; Planchon (Tournai, 1770) ; Rayet, Moreau, Ménière (Oise, 1821, 1852), etc., établissent la même division. Parrot (*Mémoires de l'Académie de médecine*, t. X, *Epidémie de 1841*), dans la Dordogne, tout en faisant remarquer que pour le praticien la suette est toujours une maladie perfide et insidieuse qui défend de promettre jamais la guérison, reconnaît qu'il faut distinguer une *suette bénigne*. « Il y a eu des cas si légers qu'ils cédaient « à de faibles moyens. Souvent même, il faut l'avouer, ils se sont terminés sans traitement, quelquefois le quatrième jour de la maladie, « quelquefois même le troisième. Bien plus, chez certains individus « elle a été si inoffensive que les malades ne se sont pas alités, si inoffensive qu'elle a eu beau les faire suer et leur donner des boutons, « ils n'ont pas cessé de se lever, de marcher, de manger et de se livrer « à leurs occupations. » Et plus loin il ajoute : « *Suette bénigne*. — « Nous avons déjà dit que beaucoup de personnes après avoir sué pendant plusieurs nuits eurent une éruption vésiculaire exactement « semblable à celle des individus qui étaient gravement atteints ; nous « avons ajouté que ces symptômes étaient les seuls qui se pussent « observer. Les malades ne se plaignaient ni de lassitude, ni de diminution dans l'appétit, ni de frisson, ni de fièvre ; il n'y avait pas, en « un mot, chez eux de phénomène assez général pour les avertir qu'ils

« subissaient l'influence épidémique qu'ils ne ressentait que par
« l'abondance de la transpiration et par les boutons qui venaient après
« elle. Du reste, ils n'étaient dérangés ni dans leur régime, ni dans
« leurs habitudes, ni dans leurs travaux même les plus pénibles.

« Quelques-uns avaient de plus que les sueurs et l'éruption, un sen-
« timent de fatigue qui les obligeait à s'aliter. Ils n'avaient pas de fièvre,
« mais une grande faiblesse, un mal de tête et des sueurs qui leur fai-
« saient comprendre que la maladie épidémique les avait atteints. Chez
« certains d'entre eux l'éruption manquait ; ils ne restaient couchés
« que trois ou quatre jours. »

Plus récemment tous nos classiques signalent les mêmes faits presque dans les mêmes termes.

Grisolle dit « qu'il a rencontré à Poitiers des cas d'une bénignité
« extrême alors que d'autres sont d'une gravité excessive. Il a vu des
« individus qui, pris sans cause d'une sueur abondante, présentaient
« ensuite une éruption miliaire discrète bornée à quelques points du
« corps et cela sans fièvre, sans céphalalgie ni constriction épigastrique
« de sorte qu'en *trois* ou *quatre* jours ces malades étaient guéris,
« quelques-uns même n'ont pas été obligés d'interrompre leurs occu-
« pations. De pareils cas sont rares. »

Jaccoud dans son traité de pathologie interne signala le même fait :
« Dans toutes les épidémies on voit de cas d'une extrême bénignité,
« sans malaise notable, sans fièvre ; l'individu est pris de sueurs abon-
« dantes dont la cause lui échappe. Après un ou deux jours il a l'érup-
« tion spéciale de miliaire ; en cinq ou six jours tout est fini, il n'a pas
« eu besoin de s'aliter ; parfois même il n'a pas interrompu ses occu-
« pations. »

*Il y a donc des suettes abortives dans leur durée et dans l'inten-
sité des symptômes qui sont à la maladie ordinaire ce que le « typhus
levissimus » est à la fièvre typhoïde. On observe dans ces cas-là tous
les phénomènes habituels de l'épidémie, mais chacun est restreint,
diminué, ne frappe pas l'observateur, et demande à être recher-
ché.*

DEUXIÈME CATÉGORIE. — A côté de ces suettes des plus bénignes, dans une seconde catégorie, on en voit d'autres signalées surtout par Foucart, qui sont abortives en ce sens qu'un des symptômes les plus importants, *les sueurs*, ont fait totalement défaut. Pujol (cité par Fou-

cart) a vu plusieurs malades ne presque pas suer, quoiqu'on les ait tenus scrupuleusement dans leur lit et qu'ils eussent d'ailleurs tous les autres symptômes de la maladie épidémique. Foucart (*Epidémies de la Somme, de l'Aisne et de l'Oise 1849*), insiste sur ce point et s'étonne de ne pas le trouver mentionné dans les autres auteurs. C'est qu'il y a *des suettes sans sueurs*. Elles sont à la suette ce que sont à la rougeole les « morbilli sine morbillis ». Il en a observé 7 ou 8 cas au milieu et surtout à la fin de l'épidémie, et les malades avaient tous l'embarras gastrique, l'oppression, la suffocation, la chaleur de la peau, les battements épigastriques, la barre sous-sternale absolument comme ceux qui présentent les sueurs les plus abondantes.

Le docteur Langlet, qui observait dans le même pays, lui écrit : « L'épidémie touche à sa fin. Les cas nouveaux qui apparaissent se présentent sans sueurs, ni éruption. Dans nos pays, *il n'y a donc plus que la suette sans sueurs et la miliaire sans éruption.* »

TROISIÈME CATÉGORIE. — *Les formes abortives où manque l'éruption* ont été signalées par beaucoup d'auteurs. Borsieri admet l'existence de la miliaire sans éruption : il a vu pendant une épidémie des sujets avoir tous les symptômes de la suette, sauf l'éruption. De Peyrelongue en cite une observation : « Langue molle, blanche, aplatie; le pouls d'une faiblesse et d'une lenteur remarquables; en un mot, la plupart des symptômes propres à la suette gastrique, *à l'éruption près.* » Foucart et Guéneau de Mussy sont plus réservés. « Tous les auteurs, » dit Guéneau de Mussy, ont cité des cas où l'éruption manquait, aussi « je n'ai aucune répugnance à admettre la possibilité d'un fait analogue; mais l'erreur est facile, d'abord parce que jamais les malades « n'ont été soumis à un examen assez rigoureux pour que ce fait fût « mis hors de doute, et ensuite parce que lorsqu'une épidémie sévit, on « est porté à lui rattacher tous les cas de maladie qui surviennent pendant sa durée. »

Nous voyons donc en résumé que la suette miliaire que nous venons d'étudier, c'est-à-dire la *suettes des Picards*, peut se présenter sous trois formes abortives : 1° *bénignité extrême de tous les symptômes et terminaison rapide*; 2° *suettes sans sueurs*; 3° *suettes sans éruption*. Mais avant de terminer, nous ne pouvons passer sous silence la *suettes des Anglais*. Cette affection qui, au quinzième et seizième siècles, a fait tant de victimes en Angleterre, est-elle ou n'est-elle pas identique à la

suettes des Picards? Sans trancher ici cette question qui est un peu en dehors de notre sujet, disons que Foucart, J. Guérin, Reydellet, Littré, Colin, etc., voient dans la suette des Anglais une forme de suette miliaire, mais une forme grave abortive. Que penser en effet d'une affection qui éclate soudainement, caractérisée par une sueur profuse, fétide, avec sensation de brûlure à l'épigastre, soif intense, céphalalgie, agitation générale et collapsus, etc., et qui se termine en vingt-quatre heures? Le malade meurt ou entre en convalescence. Si l'on reconnaît à cette description la suette, il faut bien admettre que malgré son intensité, c'est une forme abortive, et l'analogie du reste se continue pendant la convalescence qui est toujours longue.

Les formes *abortives*, en effet, ne mettent pas à l'abri d'une *convalescence longue et pénible*; tous les auteurs insistent sur ce point que, même dans les cas légers, la convalescence a été difficile. Pineau (*Epidémie d'Oléron*) va plus loin : « Des malades, dit-il, qui avaient été « légèrement atteints, sont demeurés trois et quatre semaines avant de « pouvoir reprendre leurs occupations. Tel se croyait fort, qu'une « journée de travail remettait sur son lit pour plus d'une semaine, et, « chose curieuse, souvent, j'ai même presque envie de dire *le plus souvent*, les plus gravement atteints et les plus longuement malades se « sont rétablis les premiers. »

Le *pronostic* lui-même, généralement très bénin, doit toujours être réservé. Les suettes abortives ne sont pas exemptes de complications. Parrot cite une observation où un malade très légèrement touché fut enlevé le troisième jour par des complications cérébrales. Pineau a vu un jeune homme peu gravement malade mourir d'une hémorrhagie intestinale et nasale. Parrot voit dans les cas bénins, comme dans les cas graves, une maladie perfide, une maladie qui vous défend de promettre jamais la guérison, même en présence des symptômes les moins alarmants. Des cas de la plus rassurante simplicité à leur début se terminèrent tout à coup par la mort.

C'est surtout à la fin des épidémies que l'on a observé les formes abortives de la suette, et les cas n'en sont pas très nombreux. A quelle cause faut-il les rattacher? Est-ce à l'épuisement du poison septique? Est-ce à la résistance de l'individu? Est-ce à une inoculation antérieure? Nos connaissances sur le mode de propagation de la suette ne sont pas assez sûres pour trancher cette question. Les observations,

du reste, n'indiquent pas assez chez quels malades et dans quelles conditions ont apparu les formes abortives.

B. — OREILLONS.

On tend aujourd'hui à décrire les oreillons avec les pyrexies infectieuses. Quelques auteurs récents y voyaient pourtant une maladie locale. De ce nombre étaient : Grisolles (1), Béhier (2), Niemeyer (3). Ce dernier décrit les oreillons avec les parotidites sous le nom de parotidites spontanées, bien qu'il leur reconnaisse un caractère épidémique et qu'il les attribue à des influences telluriques ou atmosphériques inconnues.

M. Jaccoud (4) plaçait aussi les oreillons à côté des parotidites et signalait ce fait qu'à l'étranger, on ne connaît que deux formes de parotidites, c'est-à-dire primitive et secondaire. Il faut ajouter que M. Jaccoud est revenu de son opinion première : observant dans son service à la Pitié, en janvier 1884, un malade qui présentait de l'endocardite passagère avec hyperthermie, il admit alors, dans une de ses leçons cliniques, que « la maladie ourlienne n'est certainement pas une simple inflammation locale des parotides et des sous-maxillaires ; c'est une « maladie fluxionnaire diffusible qui, dans les cas complets, présente sans conteste les caractères d'une maladie générale à déterminations locales plus ou moins nombreuses... La maladie ourlienne est une maladie infectieuse... Il ne ressort pas d'ailleurs « des observations (de Capitan, Charrin et Netter) que ces microbes « aient une forme définie spéciale et constante ; j'incline fortement à « croire qu'il n'y a là qu'un fait contingent ou collatéral, ainsi que je « l'ai expliqué à propos de la pneumonie et de l'endocardite (5). »

En revanche, la plupart des auteurs les rapprochent des fièvres érup-

(1) GRISOLLES. — *Traité de Pathologie interne*, 9^e édit., t. I, p. 626.

(2) BÉHIER. — Leçon sur les oreillons, *Journal de médecine*, 1874.

(3) NIEMEYER. — *Pathologie interne*, t. I, p. 477, 1865.

(4) JACCOUD. — *Pathologie interne*, 7^e édit., 1883, t. II, p. 662.

(5) JACCOUD. — Sur un cas d'oreillons. *Clinique médicale*, 1883-84, p. 512.

tives. Parmi ceux-ci nous citerons : Pratolongo (1), Rilliet et Barthez (2), Trousseau (3), Guéneau de Mussy (4), Léon Colin (5), Laveran (6), qui définit ainsi les oreillons : « Maladie aiguë générale contagieuse et « spécifique analogue aux fièvres éruptives ; caractérisée par des localisations sur le système glandulaire et en particulier sur les glandes « salivaires, les testicules et les mamelles. »

Cette définition se rapproche de celle que nous lisons dans l'article « Oreillons » du *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques* de M. Jaccoud, t. XXV, p. 93. M. d'Heilly, auteur de cet excellent article, définit ainsi la maladie qui nous occupe : « Maladie générale « fébrile, spécifique, épidémique et contagieuse, caractérisée cliniquement par des phénomènes locaux de fluxions simultanées ou successives vers les parotides, les testicules chez l'homme, la glande mammaire, celles de Bartholin, et plus rarement l'ovaire chez la femme. « Des phénomènes généraux graves peuvent troubler l'évolution de la « maladie. » Il s'agit donc bien d'une maladie infectieuse.

D'ailleurs on a constaté nombre de fois la coïncidence avec les épidémies d'oreillons d'autres maladies épidémiques. Une dernière preuve est venue s'ajouter aux autres, celle de la *spécificité* de la maladie reconnue par la présence de micrococcus.

Ceux-ci ont été trouvés dans le sang (et peut-être dans la salive) de dix-neuf malades par MM. Capitan et Charrin (Société de biologie, 28 mai, 3 décembre 1881).

Deux essais d'inoculation par MM. Pasteur et Roux ne réussirent pas (Védrènes, *Mémoires de médecine militaire*, p. 167, 1882). Ces microcoques ont été depuis retrouvés par MM. Bouchard dans la salive et l'urine d'un malade (*Thèse de Karth*, Paris, 1883), Netter (dans le sang d'un malade de M. Jaccoud (*Gazette des hôpitaux*, 1^{er} mai 1884), Boinet chez quinze malades (*Lyon médical*, 1^{er} mars 1885), enfin par Ollivier dans la salive, le sang et l'urine de deux enfants (*Revue des maladies de l'enfance*, juillet 1885). Par conséquent les oreillons constituent bien une maladie infectieuse, microbienne, et comme telle la

(1) PRATOLONGO. — *Lettre à Borsieri*, 1782.

(2) RILLIET ET BARTHEZ. — *Traité des Maladies des Enfants*, t. II, p. 614.

(3) TROUSSEAU. — *Clinique*, 3^e édit., t. I, p. 194.

(4) GUÉNEAU DE MUSSY. — *Gazette hebdomadaire*, 1868, p. 631.

(5) LÉON COLIN. — *Union médicale*, 1876.

(6) LAVERAN. — *Dictionnaire encyclopédique* 1881, art. *Oreillons*, p. 360.

maladie doit être étudiée au point de vue de la question de ses formes abortives.

L'intensité des oreillons est fort variable suivant l'épidémie et suivant l'âge des personnes atteintes. L'orchite manque à peu près constamment chez les enfants; chez l'adulte, le chiffre de sa fréquence est très variable : dans un relevé de vingt-cinq épidémies fait par Védrenes, le chiffre des orchites varia de 50 0/0 à 2 0/0. Mais outre l'orchite, qui n'est qu'une détermination ourlienne et non une complication, on a décrit aux oreillons un grand nombre de complications que M. Laveran énumère dans son excellent article et dont M. Longuet a, depuis lors, repris l'étude dans une série de publications (*Union médicale*, juillet août 1885). Ces complications, si elles étaient plus souvent constatées, aggraveraient singulièrement le pronostic qui est favorable dans la grande majorité des cas.

Existe-t-il dans cette affection, déjà si bénigne, des formes abortives?

Disons d'abord que pour établir nettement leur existence, on ne peut pas légitimement se fonder sur la température. « Il y a absence totale de fièvre, dit M. Sorel (*Revue de médecine*, 1878, p. 26) parlant des oreillons sans orchite, et même souvent abaissement léger de la température normale. Le sommeil est conservé, l'appétit persiste, quoique un peu diminué, la soif reste normale, la céphalalgie a été l'exception dans nos cas. » Cette affirmation de l'apyrexie des oreillons, fondée d'ailleurs sur un trop petit nombre de cas, contredite par certains observateurs, semble admise par d'autres, tels que M. Laveran et par M. Fournié qui dit dans une note inédite sur la fièvre ourlienne : « La fièvre est rare, très rare dans l'oreillon simple, elle est de règle dans les formes infectieuses aiguës, etc. » S'il en était toujours ainsi, cela prouverait le peu de retentissement que paraissent avoir sur l'organisme les oreillons au moins pour un certain nombre de cas.

Ce retentissement est au contraire très grand lorsque l'orchite se produit : elle est, dans la très grande majorité des cas, annoncée ou suivie par des chiffres thermiques élevés 39 degrés, 39°,5, 40 degrés et même 41 degrés; mais cette fièvre tombe presque aussitôt et descend *au-dessous* de la normale; le pouls est ou accéléré ou parfois ralenti (60 et 70 pulsations avec 39 degrés et 40°,8; Laveran), et cela en dehors de toute complication méningitique.

A cette règle il y a, comme toujours, quelques exceptions; c'est-à-dire qu'on a noté un certain nombre d'orchites sans fièvre.

L'oreillon apyrétique ou sans grande fièvre est donc, en général, bénin et sans complications; mais est-ce là l'oreillon abortif? Les auteurs classiques admettent l'existence de cas véritablement abortifs.

Sans prononcer le mot, M. d'Heilly remarque que : « dans bon « nombre de cas, surtout chez l'adulte, la maladie peut n'éveiller pres- « que aucune réaction; il y a, chez les enfants, des cas à peine « esquissés : après un peu de malaise avec fièvre, apparaît un léger « gonflement d'une glande sous-maxillaire, et au bout de trois ou « quatre jours tout est terminé. »

Cette opinion se rapproche de celle de M. Cadet de Gassicourt, qui soignait une petite fille « dont les oreillons étaient si peu marqués, la santé si parfaite en apparence, que la maladie serait passée inaperçue, peut-être, si l'attention n'avait été éveillée par l'état de son frère atteint lui-même d'oreillons volumineux qu'il avait communiqués à sa sœur (1) ».

M. Laveran décrit, parmi les formes anormales des oreillons, des *formes abortives*. Il rappelle l'observation de Rilliet que l'on retrouve citée partout : « Quelquefois la maladie a avorté, dit ce dernier; ainsi, au plus fort de l'épidémie de Genève et dans des familles dont plusieurs membres étaient affectés d'oreillons, il arrivait qu'un ou deux enfants étaient pris de fièvre, de malaise, d'un très léger gonflement de la glande sous-maxillaire sans aucune déformation du visage; au bout de trois à quatre jours, tout était dissipé (2) ».

Ces cas, qui seraient en même temps que des cas abortifs, des faits de localisation anormale du gonflement, n'ont guère été constatés nettement depuis lors.

M. Gailhard (3) signale un cas d'*oreillon larvé* présenté par M. Durozier à la Société de médecine de Paris en 1870 (4). Voici le fait :

« Dans une maison où quatre personnes avaient été atteintes d'oreillons presque « en même temps, un jeune homme est pris de sueurs profuses dans la nuit du « 5 décembre. Il se refroidit en ce moment et est tellement troublé que, sorti de sa

(1) CADET DE GASSICOURT. — *Maladies de l'enfance*, t. II, p. 333-334.

(2) RILLIET. — *Mémoire sur une épidémie d'oreillons à Genève*. (*Gazette médicale*, 12 janvier 1850.

(3) GAILHARD. — *Etude sur la maladie appelée oreillons*. Thèse de Montpellier 1877.

(4) DUROZIER (L.). — *Gazette des hôpitaux*, 1870, p. 371.

« chambre, il a beaucoup de peine à se retrouver. Je le vois le 6; il a des nausées.
« Le 7, il se plaint d'une douleur de cou et d'un peu de mal de gorge. Le 8, il accuse
« un peu de douleur à la région sous-maxillaire droite et une violente céphalalgie.
« Beaucoup de nausées, faiblesse et lipothymies. Pouls, 60. Rien dans la poitrine.
« Pas de tuméfaction parotidienne. Un peu de rougeur de l'isthme du gosier. Le 22,
« le malade va tout à fait bien. Ce dernier fait est-il un cas d'oreillons? Le doute
« est permis, commandé; cependant comment expliquer tous les accidents décrits
« par une angine qui se traduit par un peu de rougeur? tandis que nous trouvons
« ici tous les prodromes des oreillons : nausées, névralgie cervicale, céphalalgie,
« faiblesse, grandes lipothymies. Le délire même qui a signalé le début appartient
« à cette maladie singulière. Ce cas même est un des plus intéressants de la collec-
« tion en raison de son état larvé. »

M. Duroziez restant lui-même dans le doute au sujet de ce cas, il me paraît sage d'imiter sa prudente hésitation au sujet du diagnostic. Il est à remarquer d'ailleurs que si l'affection a été « larvée », elle n'a pas été raccourcie dans sa durée, puisqu'elle a évolué en dix-sept jours.

Il est loin d'être rare en effet de voir l'affection terminée en moins de dix jours. Rilliet donne comme durée moyenne huit à dix jours, et l'on trouve des cas plus courts encore.

Dans l'épidémie, par exemple, qui a sévi en 1881 sur la garnison de Toulouse et qui fit l'objet de la thèse de Guasco (1), il y eut 39 cas simples contre 14 avec complications, et parmi les premiers on en trouve 1 qui n'a pas dépassé six jours, et 3 qui n'en durèrent que cinq. Ces derniers sont du type décrit par M. Sorel, apyrétiques, quelques-uns même hypothermiques. En voici deux exemples :

OREILLON DOUBLE (obs. IV). — C..., vingt-quatre ans, 83^e de ligne, s'aperçut hier matin, à son réveil, de l'existence d'une tuméfaction douloureuse des régions parotidiennes. La journée se passa sans malaise d'aucune sorte; il fit son service habituel; le soir seulement, en se mettant au lit, il eut un frisson suivi d'une sensation de brisement dans les membres. Ce matin, 12 février, on l'envoie à l'hôpital. La tuméfaction est surtout marquée à droite; elle est à peine douloureuse à la pression. Les mouvements du maxillaire, depuis ce matin seulement, sont limités et douloureux. Pas d'engorgement ganglionnaire; pas de traces d'inflammation de la gorge; rien aux testicules. Température 36°,8. Etat général excellent.

Le lendemain, mêmes symptômes; la tuméfaction commence à diminuer.

Le 14, la tuméfaction a presque disparu à droite; à gauche elle persiste.

Le 16, la guérison est complète.

OREILLON GAUCHE (obs. V). — L..., vingt et un ans, 83^e de ligne, entre le 12 février à l'hôpital.

(1) GUASCO. — Thèse de Paris 1883.

Hier matin, au réveil, il a ressenti une légère douleur à la région parotidienne gauche; les mouvements de la mastication étaient un peu douloureux. Actuellement le gonflement, peu considérable d'ailleurs, n'existe qu'à gauche. Douleur peu intense, mouvements faciles. La région parotidienne droite a son aspect normal. Rien à la gorge, l'appétit est bon, les fonctions digestives sont régulières. Température 37 degrés. Rien aux testicules.

Le lendemain 13, la tuméfaction est un peu plus considérable; mais à partir du 14 elle va en diminuant. Le 16 elle a tout à fait disparu.

Il serait facile de multiplier ces exemples.

Nous ne parlons pas ici des cas dans lesquels les oreillons eux-mêmes ont été peu de chose en proportion des complications, ou même ont manqué tout à fait, ou, encore, ont été consécutifs à l'orchite : toutes variétés qui ont été signalées nombre de fois mais qui ne rentrent pas dans les cas abortifs.

Dans une note manuscrite qu'il a bien voulu nous envoyer, le docteur Fournié revient sur la fréquence indiscutable des formes atténuées ou abortives des oreillons. « Mais il me paraît difficile, dit-il, de
« bien préciser leurs caractères cliniques; car cette étude très terne
« est peu faite pour tenter l'attention des observateurs. Je crois néan-
« moins que la fluxion légère d'une ou des deux parotides doit être
« l'expression la plus commune des cas dits abortifs. Viendraient en-
« suite, la fluxion légère des glandes sous-maxillaires et, en dernier
« lieu, avec une fréquence bien moins grande, les *localisations testi-*
« *culaires* représentées par des douleurs funiculaires, épидидymaires
« et testiculaires, *sans orchite* proprement dite. (Ces douleurs s'ob-
« servent encore assez souvent dans le décours de certaines épidémies,
« comme j'ai eu l'occasion de le noter à Saint-Germain et à Fontaine-
« bleau.)

« Peut-être conviendrait-il d'ajouter à ces formes une forme pha-
« ryngienne ou *amygdalienne*, caractérisée par la fluxion des amyg-
« dales et l'érythème du fond de la gorge, localisations mises en relief
« par le docteur Jourdan (1) à propos de l'épidémie de Dax. »

M. Fabre (de Commentry) qui a eu en 1875-76 connaissance de plus de 700 cas d'oreillons et qui a bien voulu nous faire part de son expérience à ce sujet, nous dit avoir observé plusieurs faits analogues à ceux signalés par Rilliet. « Mais il hésiterait, nous dit-il, à accepter la dénomination d'abortifs pour les cas d'oreillons apyrétiques et légers; il préférerait le terme de « *formes ébauchées* ».

(1) JOURDAN. — *Recueil de mémoires de médecine militaire*, 1878, p. 539. — *Épidémie de Dax*

C'est dans la même catégorie qu'il faudrait faire rentrer, croyons-nous, les faits que M. le docteur Laveran a bien voulu nous signaler (comm. orale). « Très fréquemment, nous a-t-il dit, quand une épidémie sévit sur un régiment, nombre de soldats ont des oreillons si légers que non seulement quelques-uns d'entre eux sont simplement malades à la chambrée, mais que d'autres ne se font même pas porter comme malades et continuent leur service. Aussi, quelques médecins-majors ont-ils pris le parti d'examiner au moment d'une épidémie *tous* les hommes du régiment, afin de faire soigner même les moins atteints, et de les préserver ainsi d'orchites pouvant survenir plus tard, si la première manifestation de la maladie avait passé inaperçue. »

Il nous reste une dernière question à résoudre : une première atteinte d'oreillons, légère « abortive », « ébauchée », préserve-t-elle d'une atteinte ultérieure, en un mot, confère-t-elle l'*immunité* ?

J. Gailhard affirme le fait sans en donner des preuves précises.

Laveran apprécie la question de la façon suivante :

« Ces formes atténuées et à peine reconnaissables des oreillons confèrent l'immunité comme les formes régulières ; on s'explique ainsi pourquoi certaines personnes ne contractent pas les oreillons dans un milieu épidémique, bien qu'elles disent n'en avoir jamais été affectées ; ces personnes ont eu très probablement les oreillons, mais sous une de ces formes abortives qui frappent peu l'attention (1). »

M. Paul Fabre n'ose pas se prononcer à ce sujet, et M. Fournié reste dans le doute sur l'immunité acquise.

C'est en partant de ce principe de la non récurrence, que M. Laveran pense qu'il est avantageux pour les enfants, surtout pour les garçons, d'avoir les oreillons de bonne heure, à condition : 1° qu'ils soient jusque-là forts et bien portants ; 2° que ce ne soit pas dans un hôpital où ils risquent de contracter d'autres affections plus graves. Toutefois, à ce propos, il est bon de ne pas oublier que la non récurrence des oreillons n'est pas absolue.

M. Servier (2) en a publié un cas (avec orchite et atrophie consécutive) chez un soldat.

M. Fournié (3), sur 24 cas d'oreillons observés en 1876 au camp de

(1) LAVERAN. — *Dictionnaire encyclopédique*, 2^e série, t. XVII, p. 343.

(2) SERVIER. — *Recueil de mémoires de médecine militaire*, 1878, p. 532.

(3) FOURNIÉ. — *Recueil de mémoires de médecine militaire*, 1881, t. XXXVII, p. 509.

Saint-Germain-en-Laye, en aurait rencontré 5 cas; ce qui serait une proportion unique jusque-là, comme le fait observer M. Nimier.

M. Marty (1) en a observé également un exemple.

M. Nimier (2) (*De la récédive dans les oreillons*) passant en revue les cas précédents, y ajoute trois faits de sa pratique personnelle dont un très intéressant : ce fut une *quatrième* atteinte d'oreillons chez un soldat. Les phénomènes généraux furent assez marqués; le thermomètre monta à 39°,5; la maladie dura huit jours sans orchite.

M. Fabre qui a observé, comme nous l'avons dit, un si grand nombre d'oreillons, en a vu quelques-uns qui étaient des récédives.

En résumé, on peut dire que la maladie ourlienne, si fréquemment bénigne et légère, apyrétique plus souvent qu'on ne croyait naguère encore, offre dans ses recrudescences épidémiques des formes tellement atténuées qu'on peut les considérer comme abortives.

C. — GRIPPE ABORTIVE.

DE LA GRIPPE ABORTIVE. — La forme abortive de la grippe n'a été, que nous sachions, jusqu'ici le sujet d'aucun travail d'ensemble, les auteurs insistant surtout sur les formes graves. Dans les nombreux ouvrages qui traitent de l'*influenza*, les seuls renseignements qu'on puisse rencontrer sur la forme abortive se trouvent dans la relation de certaines épidémies, et de cas où la grippe a cessé brusquement ou s'est considérablement amendée sous l'influence de phénomènes critiques divers. Sans confondre la forme bénigne qu'ont revêtue certaines épidémies, avec la forme abortive, on trouve que la durée de la grippe est variable, et c'est dans la relation de quelques-unes de ces épidémies bénignes que nous avons pu découvrir de rares indications se rappor-

(1) MARTY. — *Archives générales de médecine*, juillet 1885.

(2) NIMIER. — *Archives générales de médecine*, juillet 1885.

Consulter en outre :

GRANIER. — *Des oreillons*. (*Lyon médical*, 1879.)

PICOT et D'ESPINE. — *Maladies de l'enfance*.

PINET. — Thèse de Paris 1878.

CALMETTE. — *Oreillons et fièvres éruptives*. (*Archives générales de médecine*, octobre 1883.

MOURSOU. — *Archives de médecine navale*, 1879.

tant à notre sujet. Beccaria (1), Ward (2), Gilibert (3) ont publié des observations de grippe de très courte durée.

Saillant (4) dit à cet égard, en parlant de l'épidémie de 1762 : « Chez « certains sujets, la maladie est bénigne et se termine en cinq ou six « jours après un coryza plus ou moins fort, sans autre moyen qu'un « régime diaphorétique, tandis que chez d'autres la respiration est très « difficile et s'accompagne d'une douleur gravative de poitrine; l'en- « rouement est extrême, la toux quinteuse, etc. »

Il ajoute plus loin, et ceci est plus typique : « Les jeunes gens sont « rarement les victimes de cette maladie. La vigueur de l'âge, la chaleur « du sang triomphe bientôt chez eux des assauts de la maladie, un sai- « gnement de nez copieux les délivre *souvent* avant le quatrième ou le « cinquième jour.

« Dans un âge plus avancé, la poitrine se dégage quelquefois des « dépôts lymphatiques qui s'y sont formés, une sueur abondante détend « les membranes le deuxième ou le troisième, le quatrième ou le sep- « tième jour au plus tard.

« Dans l'épidémie, en 1780, dit le même auteur, les malades ont « éprouvé un échauffement qui, retenu dans un juste degré, accélérât « la coction. Ils ont sué très facilement, et cette crise naturelle *abré- « geait le cours de la maladie.* »

Ces phénomènes critiques, épistaxis ou sueurs, qui « jugent » la maladie se retrouvent dans certaines observations de Peacock (5), à propos de l'épidémie de 1847 observée à Londres :

« Les cas de fièvre catarrhale simple sont habituellement trop légers « pour avoir besoin de soins. Si bien que, quoique le nombre de per- « sonnes qui se présentèrent au Royal F. Hospital, depuis le 22 no- « vembre jusqu'au 6 décembre 1847, fut au nombre de plusieurs cen- « taines, 20 malades furent seulement admis dans les salles pendant « les quatre mois que dura l'épidémie, et ces cas furent tous d'une « gravité extrême et chez des personnes pauvres.

« Moyenne du traitement : neuf jours; 2 furent gardés quatre jours, « 3 cinq jours, 3 six jours. »

(1) *Acta nat. curios.*, t. III, obs. 48, 1730.

(2) *An account of the epid. catarrh. which prevailed at...* 1831.

(3) *Actes de la Société de santé de Lyon*, 1799.

(4) *Tableau des épidémies catarrhales*, 1773.

(5) *Of the influenza or epidemic catarrh fever*, 1847.

« Dans le corps de la police, l'exemption de service durait trois jours.
« Dans 11 cas seulement, sur 100 cas d'épidémie, la période de la maladie
« dura une semaine. La durée ordinaire dans les cas les plus bénins
« de cette forme d'*influenza* est de trois à cinq jours, de sept à dix
« dans la forme ordinaire. »

On peut ne voir ici qu'une forme bénigne de la grippe, mais ce qui suit est bien plus caractéristique et peut être rapproché des observations de Saillant.

« Chez les *enfants* à Christ's Hospital, la maladie fut encore plus
« bénigne que dans les cas qui viennent d'être décrits. Il y eut là une
« forme presque constante :

« L'attaque commençait par une sensation de froid allant souvent
« jusqu'au frisson; ensuite, venaient les symptômes ordinaires de la
« fièvre, chaleur à la peau, etc. Dans plusieurs cas, le début s'annonça
« par des nausées et des vomissements, dans d'autres par de la diar-
« rhée et des troubles gastrodyniques. Puis bientôt après, toux
« rauque, aboyante, douleurs frontales atroces, peau chaude et sèche,
« pouls rapide; le *troisième jour*, la *maladie s'amendait et dispa-*
« *raissait après une forte transpiration.*

« Il y eut des complications assez fréquentes du côté du larynx,
« mais en dehors de ces complications, les enfants ne restèrent jamais
« plus de 4 à 5 jours à l'hôpital. » Cette description se passe de commentaires.

Nous pourrions citer ici une observation assez concluante de grippe abortive que nous devons à l'obligeance de M. Wurtz, interne des hôpitaux :

GRIPPE ABORTIVE. — (OBSERVATION) : Albert B..., âgé de trente et un ans, architecte, d'une constitution robuste, sans antécédents héréditaires ou personnels particuliers, est pris le 30 octobre 1885, de malaise général avec céphalalgie frontale vive, qui l'oblige à s'aliter.

Le 31 octobre, ces phénomènes s'amendent, les douleurs de tête diminuent, et le malade mange avec appétit.

Le 1^{er} novembre, phénomènes généraux graves, subdélirium. Céphalalgie grave, sueurs profuses. En même temps, hyperesthésie de toute la peau du tronc, et douleurs intolérables dans les reins, irradiant jusque vers les aînes et dans les testicules. Température 39°,9 le soir.

Le 2 novembre, persistance des douleurs qui s'exaspèrent au moindre mouvement et à la pression. La cuisse gauche et le genou gauche sont, comme les reins, le siège de douleurs extrêmement vives, qui arrachent des cris au malade sitôt qu'il fait le moindre mouvement. Rhonchus à la base des deux poumons. Pas d'albumine. Matin température 37°,9; soir, 39°,7.

Le 3 novembre, persistance des douleurs. Mêmes signes à l'auscultation. Le professeur Damaschino, appelé en consultation, porte le diagnostic de grippe. Matin température 38°,2; le soir, 39°,5. Les sueurs profuses continuent. Le soir, vers six heures, *épistaxis*, d'abondance médiocre. Le lendemain matin, 37°,2. La température ne s'élève le soir qu'à 37°,4 et oscille les jours suivants entre 37 degrés et 37°,5. Les douleurs cessent complètement le troisième jour, les rhonchus persistent seuls et le malade se rétablit au bout d'une dizaine de jours sans autres symptômes que ceux d'une bronchite légère. Néanmoins l'affaiblissement et la prostration, qui ont été extrêmes dès les trois premiers jours, n'ont cessé que vers le dixième jour de la maladie.

Il m'a paru intéressant de relater brièvement l'observation suivante dans laquelle j'ai pu saisir, thermomètre en main, la défervescence critique d'une grippe abortive :

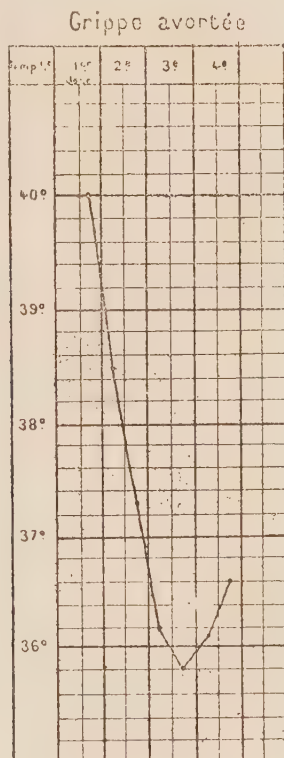


FIG. 18.

Il s'agit d'un jeune homme âgé de 16 ans, interne dans un lycée de Paris dans lequel sévit, comme dans tous les autres, l'épidémie de grippe qui régne depuis quelques semaines. Le 13 février, en se levant, ce jeune homme avait été pris de céphalalgie violente qui empira jusqu'à 4 heures du soir, moment où l'on prend sa température (40 degrés). En même temps que ce mal de tête, il se plaint de frissons, de courbature, de faiblesse dans les jambes. La face est grippée, la langue blanche,

Le nez enchifrené; le malade tousse et chaque quinte lui déchire la poitrine; il se plaint de la gorge et l'on trouve le pharynx rouge. Rien aux poumons. Les urines sont normales.

Le lendemain (14 février), deuxième jour de la maladie. Les symptômes de la veille persistent et nous portons le diagnostic grippe qui aurait été confirmé, s'il l'eût fallu, par plusieurs des camarades du malade, couchant dans le même dortoir et qui venaient à leur tour, les uns atteints de grippe commune, les autres se plaignant seulement de douleurs de gorge et présentant une simple *angine érythémateuse*, forme larvée de la grippe, bien certaine, car ces angines s'accompagnaient d'une même courbature, d'un même brisement des membres, d'un même facies caractéristique.

Le 15 février, troisième jour de la maladie, l'état général s'est subitement modifié; le malade a faim, sa langue est rosée, la température vient de descendre en 36 heures de 40 degrés à 36°,2. C'est bien une défervescence critique que le pouls indique aussi, car il bat 64 le matin, et 56 le soir avec 35°,8.

Le lendemain 16 février, température 36°,1, p. 54, l'état général est excellent; le malade encore courbatu demande à se lever. Sa convalescence fut courte et régulière.

J'insiste avec intention sur ces formes écourtées de la grippe dont j'observe en ce moment de très nombreux exemples. Le cas précédent m'a paru l'un des plus typiques. Ces gripes *abortives* le sont souvent, même au point de vue de leur symptomatologie. Ce sont des gripes atténuées, des gripes larvées. Un grand nombre des jeunes gens dont je parle plus haut, n'éprouvent guère qu'une céphalalgie plus ou moins vive mais de courte durée, une grande lassitude, un léger coryza, une angine si légère que souvent la muqueuse dont ils souffrent paraît à peine plus rosée que normalement et ne s'accompagne que d'une très faible adénopathie sous-maxillaire. Néanmoins, il s'agit bien d'une pyrexie, d'une maladie infectieuse, puisque la température monte souvent d'un bond à 39°,5, 40 degrés, les urines sont parfois légèrement albumineuses. Certains malades qui semblent préparer un état fébrile inquiétant, sinon grave, tournent court tout à coup au bout du deuxième ou troisième jour, et entrent de plain-pied dans la convalescence. Toutefois il m'a paru que les rechutes n'étaient pas très rares dans ces gripes abortives.

Le diagnostic de ces gripes abortives à forme angineuse dont j'ai parlé plus haut serait bien difficile, n'était la connaissance de l'épidémie actuelle, d'autant plus que dans quelques cas j'ai vu la même symptomatologie, dans le même milieu grippal, se juger par une poussée d'angine herpétique. Cette fièvre herpétique qui m'a semblé fréquente, dans le milieu circonscrit où j'observe, coïncide manifestement

avec la poussée grippale actuelle. Cette remarque, j'ai pu la faire également à l'hôpital où j'ai vu, dans mon service, arriver coup sur coup un nombre respectable de gripes généralement bénignes, en même temps que plusieurs cas de fièvre herpétique avec ou sans angine, mais bien caractérisés.

Ces coïncidences pathologiques sont fréquentes et montrent les difficultés qu'il y a à séparer, en nosologie, les différentes pyrexies catarrhales, la grippe, la fièvre herpétique, les embarras gastriques, les synques et peut-être même aussi les formes légères et abortives de la *diphthérie*. Autant de maladies dissemblables dans leurs types extrêmes mais singulièrement rapprochées quand elles se manifestent sous les apparences de leurs formes abortives.

D. — PNEUMONIE ABORTIVE.

La pneumonie franche aiguë, fibrineuse, la pneumonie croupale, considérée dans ses formes régulières et normales, représente le type le mieux caractérisé des maladies cycliques, à évolution bien déterminée. L'invasion en est brusque, violente, à grand tapage : un frisson intense, unique d'ordinaire, une forte céphalalgie, un point de côté péri-mammaire, souvent un vomissement, tels sont les symptômes cardinaux qui ouvrent la scène morbide. Alors commence une période d'état dont je n'ai pas à retracer ici la symptomatologie et dont la durée sera variable, mais dans des limites assez restreintes. Enfin, un jour, tout s'arrête, la fièvre et les phénomènes généraux disparaissent comme ils étaient venus, c'est-à-dire brusquement, et le malade entre de plain-pied dans la convalescence, au milieu de certains phénomènes critiques bien connus qui semblent *juger* la maladie.

Tout le monde admet que ce ne sont pas tant les signes physiques indiquant l'évolution des lésions pulmonaires, qui rendent compte de la marche et de la durée de la maladie, mais bien plutôt la fièvre, dont on suivait jadis l'évolution par l'étude du pouls, et dont aujourd'hui on juge mathématiquement l'allure par les constatations thermométriques. Une fois, en effet, les phénomènes généraux éteints ainsi que l'hyperthermie, les signes physiques persistent souvent encore un

certain temps, plusieurs jours, voire même plusieurs semaines, sans modifier d'une façon bien notable l'état général du sujet qui n'est plus un malade, mais bien un convalescent plus ou moins retardataire.

Puisqu'elle est réglée par la durée de sa fièvre, la pneumonie est donc bien décidément une maladie générale, une pyrexie, dont le type cyclique est un des mieux déterminés et peut-être des plus caractéristiques, à quelques exceptions près : les lésions matérielles les plus marquées, celles du parenchyme pulmonaire, ne sont que la détermination locale la plus constante de la maladie, la *fièvre* en est l'élément essentiel. La *fièvre pneumonique*, conception ancienne à laquelle l'école de Montpellier était restée fidèlement attachée, idée doctrinale toujours soutenue par Cayol, Hirtz, Marrotte, Parrot, Lagout, Fernet, et par M. Bernheim, reprise par les pathologistes allemands contemporains, a retrouvé dans les recherches microbiologiques en même temps qu'un regain de faveur une série d'arguments nouveaux. En résumé, la plupart des auteurs contemporains ont abandonné la doctrine organicienne, vraiment trop étroite, de l'inflammation primitive, du phlegmon du poumon, et décrivent ouvertement la pneumonie parmi les maladies générales (1).

Or, comme le fait judicieusement observer M. Bernheim, si la pneumonie est une maladie assimilable aux pyrexies, aux maladies infectieuses, il est logique d'accepter pour elle, de même que pour toutes les fièvres, une forme abortive, une *fébricule pneumonique*. Que faut-il donc entendre par pneumonie abortive ? Suivant la définition donnée par nous au commencement de ce travail, la forme abortive de la pneumonie devra être celle qui, sans causes apparentes, s'arrête brusquement, qui tourne court avant le terme habituel de la maladie. Ce terme de la maladie, moment où la défervescence s'établit, si l'on s'en rapporte à la statistique de Jürgensen, se trouverait compris entre le cinquième et le sixième jour dans les deux tiers des cas. Toutefois, la défervescence peut se faire beaucoup plus tard, jusqu'au seizième jour par exemple, ou même plus tôt, c'est-à-dire avant le cinquième

(1) Voyez à cet égard, entre autres publications

BERNHEIM. — De la Pneumonie abortive ou fébricule pneumonique. (*Mémoires de la Société de médecine de Nancy*, 1878, p. 39.)

H. BARTH. — La pneumonie est-elle une maladie infectieuse? (*Revue des Sciences médicales*, 15 octobre 1884.)

CORNIL. — Leçons professées à la Faculté en 1883-84, p. 111.

HALLOPEAU. — La doctrine de la fièvre pneumonique. (*Revue des Sciences médicales*, 15 octobre 1878.)

LANDOUZY. — De la nature de la Pneumonie, leçon clinique. (*Semaine médicale*, 1882, n° 45.)

jour. Au surplus, le tableau suivant dressé par Jürgensen (1) est des plus significatifs : sur 721 cas empruntés à Jürgensen, Lebert, Griesinger, Naunyn, Thomas, Wunderlich, Ziemssen, on vit la défervescence se produire 91 fois avant le cinquième jour :

Avant le 5 ^{me} jour...	{	Au bout de 2 jours	4 fois
		— 3 jours	37 fois
		— 4 jours	50 fois
			<u>91 fois</u>

soit 91 fois sur 721, ce qui correspond à très peu de chose près au huitième de la totalité des cas. Par conséquent toute pneumonie qui se terminera spontanément par la guérison *avant le cinquième jour* doit être considérée comme abortive (Bernheim). Cette notion ne date guère de plus de vingt ans, époque à laquelle on aborda franchement l'étude de la thermométrie clinique.

L'expression de pneumonie abortive fut proposée pour la première fois par M. Charcot (2) à la Société médicale des Hôpitaux, en 1865, à l'occasion de la statistique produite par lui concernant la pneumonie des vieillards, particulièrement intense à la Salpêtrière cette année-là. Rappelons la phrase qui contient cette heureuse expression et sa raison d'être : « La dénomination d'*abortive* donnée par moi « à une certaine forme de pneumonie des vieillards, dit M. Charcot, « s'applique à ces affections thoraciques qui, se développant à l'époque « où les pneumonies deviennent communes, se manifestent d'abord avec « tous les caractères propres à la phlegmasie pulmonaire : point de « côté, frisson, signes stéthoscopiques, etc., puis cessent brusquement « au *deuxième* et au *troisième* jour. » M. Gallard, dans la même séance, déclarait avoir observé quelques cas analogues. Sans doute Grisolles (3) avait déjà noté, à l'occasion des crises jugeant la pneumonie, un fait sur 38 cas dans lequel la crise s'était produite au quatrième jour de la maladie. De même Thomas, de Leipzig (4) ne craignait pas d'affirmer que la crise de la pneumonie se prononce le plus souvent

(1) JÜRGENSEN. — Croupöse Pneumonie, in *Ziemssen's Handbuch der Pathologie und Therap.*, V Band. II.

(2) CHARCOT. — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1865, p. 90

(3) GRISOLLES. — *Traité de la Pneumonie*, p. 315, 2^e édit., 1864.

(4) THOMAS. — Ueber die Temperaturverhältnisse bei croupöser Pneumonie. (*Arch. der Heilkunde*, 1864.)

entre le troisième et le cinquième jour, et qu'elle se produit aussi bien dans les jours pairs que dans les impairs. D'ailleurs, en cherchant à ce point de vue dans les auteurs, à une époque où la thermométrie clinique n'avait pas encore apporté les données positives qui complètent si heureusement la symptomatologie des fièvres, on trouve des indications qui prouvent bien que les pneumonies écourtées avaient été vues. On peut lire dans Marrotte (1), par exemple, trois cas de pneumonie terminée, l'une (pneumonie *double*) du troisième au quatrième jour, la seconde (citée seulement) guérie aussi au quatrième jour, enfin la troisième également jugée au quatrième jour. Cette dernière, fort intéressante, mériterait, si je ne craignais d'être trop long, d'être citée en entier. Je me contente d'en transcrire le titre :

OBSERVATION IV. — Synoque pneumonique, terminée le quatrième jour; poussée d'herpès le deuxième jour; puis, le quatrième jour, nouvelle éruption d'herpès (lèvre supérieure et langue); urines sédimenteuses, sueurs et abaissement du pouls pendant les trois jours suivants.

Enfin, il est bon de rappeler qu'Andral (2) décrivait déjà des pleuropneumonies arrêtées au premier degré, c'est-à-dire à la période d'engouement. Toutefois, parmi les huit observations terminées par guérison qu'il rapporte dans cet article, il n'en est pas une seule qui se soit jugée avant le cinquième jour. Il est vrai que plus loin (p. 516), à propos des terminaisons de la pneumonie, Andral rapporte que sur 112 cas, 3 seulement ont duré quatre jours.

C'est à partir de la thèse inaugurale du Dr G. Bergeron (3), thèse faite sous les inspirations du professeur Charcot, un an après la communication dont nous avons parlé ci-dessus, et avec les documents puisés à l'école de la Salpêtrière, que le nom de *pneumonie abortive* passe définitivement dans le langage de la science et qu'on le voit figurer dans les ouvrages traitant de la pneumonie.

L'auteur précité rapporte deux observations intéressantes (observations VI et X). Je crois bien faire en résumant brièvement la

(1) MARROTTE. — Fièvre synoque péripleuristique. (*Archives générales de Médecine*, 1855, t. II.)

(2) ANDRAL. — *Clinique médicale*, t. III; *Maladies de poitrine*, t. I^{er}, p. 255. Paris, 1840.

(3) G. BERGERON. — *Recherches sur la Pneumonie des vieillards (Pneumonie lobaire aiguë)*. Thèse. Paris, 1866.

seconde qui montre exactement la physionomie clinique de la pneumonie abortive des vieillards :

OBSERVATION X, p. 69 (*Pneumonie abortive*). — Femme de soixante-quatorze ans, (qui mourra d'ailleurs vingt mois plus tard d'une pneumonie droite), a été prise dans la nuit du 4 juillet d'un frisson.

Le 6, point de côté sous le sein gauche. Visage vultueux, langue blanche; urines rouges. Au sommet du poumon gauche, en arrière, et en un point très limité, souffle et râles crépitants. Le pouls est de 96 et la température de 39 degrés.

Le 7 (troisième jour), herpès. La face est un peu pâle. On entend le souffle et des râles crépitants de retour dans la fosse sus-épineuse.

Le 8 (quatrième jour), la malade est guérie. La température : 37 degrés.

Bientôt, c'est à l'autre extrémité de la vie, chez les enfants, que MM. Damaschino (1), Roger (2), Parrot (3), étudient les différentes formes de la pneumonie : au point de vue de la température et de la durée de la maladie, c'est le seul point qui nous occupe en ce moment; nous trouvons dans ces auteurs des documents précieux que nous utiliserons, chemin faisant.

Le mémoire de M. Bernheim sur la pneumonie abortive, paru en 1878, devait établir d'une manière définitive la légitimité de cette forme clinique de la maladie qui nous occupe. Wunderlich (4) avait décrit déjà la *fébricule pneumonique*, mais il embrasse sous ce terme des états bien différents, depuis la pneumonie apyrétique dans ses formes les plus légères, jusques et y compris les deux types de *fièvre éphémère pneumonique* dont il donne la description suivante que je cite textuellement :

« Dans l'une de ces formes (*fièvre éphémère acméiforme*) il se présente brusquement une élévation thermique plus ou moins considérable allant même jusqu'au-dessus de 41 degrés; puis survient aussitôt une défervescence rapide, de sorte que, dès le deuxième et troisième jour, la température est redevenue normale.

« Dans une seconde série de cas (*fièvre éphémère prolongée*), l'élévation est lente et graduelle et faiblement rémittente. La tempéra-

(1) DAMASCHINO. — *Des différentes formes de la pneumonie chez les enfants*. Thèse. Paris, 1867.

(2) ROGER. — *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*, t. I^{er}, p. 356. Paris, 1872.

(3) PARROT. — De la Fièvre herpétique (*Gazette hebdomadaire*. Paris, 1871.)

(4) WUNDERLICH. — *De la Température dans les maladies*. Trad. Labadie-Lagrave, p. 378. Paris, 1872.

« ture n'atteint son point culminant, qui est plus bas que dans la première forme (à peine 40 degrés), que le *troisième* jour de la maladie. Aussitôt après, la température tend à l'abaissement et descend à peu près de la même façon qu'elle était montée. »

Cela veut-il dire que la température ne redevient normale qu'au bout de trois jours? Dans ce cas, la fièvre éphémère pneumonique prolongée ne serait pas une pneumonie abortive, puisqu'elle durerait six jours.

En réalité, Wunderlich confond dans ses fébricules pneumoniques un grand nombre d'états différents et qui ne sont nullement comparables. La meilleure preuve en est que : quelques lignes plus bas, il prétend que les processus locaux insignifiants, cause de ces fébricules pneumoniques, deviennent parfois dangereux à la suite de circonstances accessoires. En outre, il fait rentrer la pneumonie embolique dans la *fièvre éphémère acméenne*, et les foyers de broncho-pneumonie secondaire aux bronchites, à la tuberculose, etc., dans l'*éphémère prolongée*. Toutes ces pneumonies bâtardes et ces broncho-pneumonies secondaires ne font pas partie de la pneumonie proprement dite, la seule qui nous intéresse, la seule à laquelle appartienne le type clinique que nous étudions, la pneumonie abortive.

Voyons comment se présente en clinique cette variété de pneumonie ; cherchons dans sa symptomatologie les signes spéciaux qui pourraient la caractériser. Rappelons d'abord que pneumonie abortive n'est pas synonyme de pneumonie bénigne, légère ou apyrétique ; la forme qu'on a encore appelée, par un abus singulier de la langue française, pneumonie *ambulante* ou *ambulatoire*, ne rentre pas davantage dans la même description. M. Bernheim, dans son mémoire que je regrette de ne pouvoir citer en entier, rapporte l'histoire d'un Anglais, sec et phlegmatique, arrivant de Strasbourg à Nancy avec une pneumonie : un léger point de côté droit, une fièvre légère et une température qui ne dépassait pas 38°,5 ; il offrait en outre tous les signes physiques les plus nets. Ce malade qui se plaignait peu « continua à rester levé et à manger d'énormes quantités de gruau et du roastbeef arrosé de champagne. Le cinquième jour, ajoute M. Bernheim, je le rencontrai dans la rue promenant sa pneumonie. La défervescence et les râles de retour ne se manifestèrent que le septième jour. » Evidemment il s'agissait là d'une pneumonie bénigne qui avait duré son temps régulier, et non pas d'une pneumonie abortive.

Cela bien établi et toute confusion étant impossible, étudions la symptomatologie. On peut admettre, avec M. Lépine (1), que le début brusque de la maladie et ne différant en aucune façon de celui de la pneumonie commune, est le plus ordinaire. La forme lente (fièvre éphémère pneumonique prolongée de Wunderlich), paraît être au contraire d'une extrême rareté. Elle peut donc s'annoncer par un début solennel, comme une pneumonie de grande allure. On peut noter, comme dans l'observation II de M. Bernheim, la suppression brusque des règles au moment du frisson initial. Le début qui peut être tantôt subit, peut aussi d'autres fois avoir été préparé, pour ainsi dire, par quelques phénomènes prodromiques. C'est ainsi que Marrotte signale, dans sa description de la synoque péripneumonique, l'état qui lui paraît caractéristique de la synoque et au milieu duquel éclate la péripneumonie : céphalalgie, troubles digestifs, délire, ictère, bronchite, etc.; c'est également ainsi que dans la première observation de M. Bernheim, le médecin qui en fait le sujet, âgé de soixante-deux ans, était affecté depuis huit jours de bronchite avec toux pénible et sans expectoration. Trois jours avant le début de la pneumonie « un peu de fièvre rémittente s'était ajoutée à cette bronchite ». Le malade vaquait à ses occupations et n'avait ni oppression ni malaise notable quand il fut atteint brusquement dans la nuit, à une heure du matin, par une pneumonie : « violente douleur pongitive au côté gauche du thorax avec « chaleur, sentiment de congestion vers la tête, turgescence de la face, « difficulté extrême de respirer au point de se croire menacé d'asphyxie. » Le tableau est complet. Si j'insiste autant sur ces prodromes signalés avec tant de soins et de détails, c'est qu'ils auront leur place toute marquée dans un instant lorsque j'aurai à discuter la nature de la maladie abortive.

Le drame morbide vient donc de commencer; la température peut s'élever aussi haut que dans la pneumonie ordinaire et le pouls suit l'ascension thermométrique. La courbe suivante, dressée avec les indications de la première observation de M. Bernheim, montre bien ce phénomène : on voit la température axillaire atteignant son acmé le soir du premier jour, monter jusqu'à 40°,2, et redescendre dès le lendemain

(1) LÉPINE. — Pneumonie. (*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XXVIII.)

matin à 39 degrés pour, le surlendemain matin, revenir définitivement à la normale, et cela au commencement du troisième jour.

Le pouls a suivi une marche rigoureusement parallèle. (V. fig. 19.)

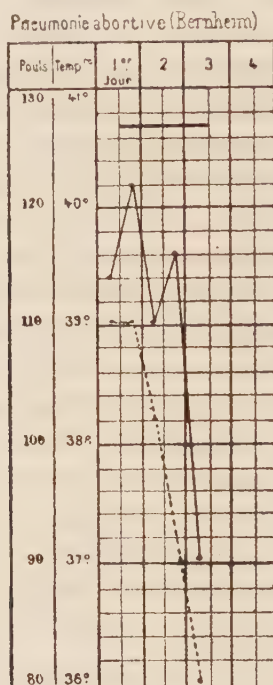


FIG. 19.

Wunderlich ne rapporte que deux courbes de pneumonie éphémère dans lesquelles la température soit revenue à la normale avant le cinquième jour (1); toutes ses autres courbes mettent au moins cinq jours pour atteindre l'apyrexie. Or dans les deux courbes susdites, la température redevient normale une fois *dès le commencement du premier jour* (fig. 52), l'autre fois à la fin du deuxième jour (fig. 53). Les cas de pneumonie abortive ne durant pas plus de quarante-huit heures, acceptés comme tels par nombre d'auteurs allemands (Thomas de Leipzig, Frédéric, Weil, etc.), sont bien rares; il faut cependant les admettre. Quant à ceux qui, comme dans l'observation de la figure 52 de Wunderlich, ne dépassent pas un jour, je pense qu'ils doivent laisser inévitablement un doute dans l'esprit. D'ailleurs le nombre en est

(1) WUNDERLICH. — Pl. VI, fig. 52 et 53.

singulièrement restreint. Il va sans dire que je ne m'occupe pas ici des pneumonies avortant par une médication interne ou locale (comme les injections intra-parenchymateuses) (1); elles ne rentrent pas dans mon sujet, pas plus que les *pneumonies traumatiques* souvent abortives.

L'étude des signes physiques de la pneumonie abortive, mérite de fixer l'attention. L'*expectoration* y est souvent peu abondante. D'après M. Lépine on observerait des crachats visqueux, blancs ou tout au plus safranés, mais *jamais rouillés*. Les signes fournis par la percussion du thorax, seraient également pour cet auteur, caractérisés par de la *submatité* seulement, *sans exagération des vibrations thoraciques*. Ce qui revient à dire que le thorax présente les signes physiques attribués par Woillez à la congestion aiguë du poumon. N'ayant pas eu à ma disposition un assez grand nombre d'observations de pneumonie abortive, il m'est impossible de dire si cette règle est absolue et si les exceptions sont rares. Je puis en tout cas en citer une comme en témoigne l'observation suivante que je dois à l'obligeance de mon ami le docteur Richardière. Dans ce cas, les signes physiques furent des plus accentués puisqu'on observa une matité *presque complète* avec *vibrations thoraciques exagérées*, et des *crachats jaune d'ocre*. J'aurai à insister sur cette observation à propos de l'albuminurie :

OBSERVATION I (inédite). *Laryngo-bronchite légère. Pneumonie intercurrente de quatre jours de durée. (Pneumonie abortive). Albuminurie.* — Le nommé P... (Antoine), âgé de vingt et un ans, boulanger, entre le 30 janvier 1882, salle St-Thomas à l'Hôtel-Dieu, service de M. Empis. C'est un individu vigoureux qui n'a jamais été malade. La maladie actuelle a débuté il y a quinze jours par une bronchite légère.

Le 27 janvier, P... ressentit tout à coup un point de côté à gauche de la poitrine; la fièvre et la dyspnée apparurent aussitôt et il fut obligé de prendre le lit.

Le lendemain il expectorait des crachats d'abord *sanglants*, bientôt foncés en couleur et qu'il compare lui-même à la couleur des abricots.

Le 30 janvier, troisième jour de la maladie, le malade est examiné pour la première fois, le soir : la fièvre est vive 40°,5.

La percussion, normale à droite, donne à gauche une *matité presque complète* dans la moitié inférieure de la poitrine en arrière et remontant jusque dans la région axillaire. Dans toute cette zone de matité, les *vibrations vocales sont exagérées*.

L'auscultation dénote : dans toute la hauteur du poumon droit et au sommet gauche, une exagération des bruits respiratoires. Dans la moitié inférieure du poumon

(1) LÉPINE. — Sur le traitement local de la pneumonie fibrineuse par les injections intraparenchymateuses. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 10 août 1885, p. 446.

— Pneumonie grave; injection intra-parenchymateuse d'une solution d'iode de sodium; défervescence précoce, in *Revue de Médecine*, 1885, p. 1057.

SCHWABZ. — *Deutsche Med. Wochenschrift*, 1881.

gauche, en arrière, et dans presque toute l'étendue de la région axillaire, il existe un *souffle tubaire* intense, mélangé de râles crépitants fins, au niveau de la partie supérieure de la zone d'hépatisation.

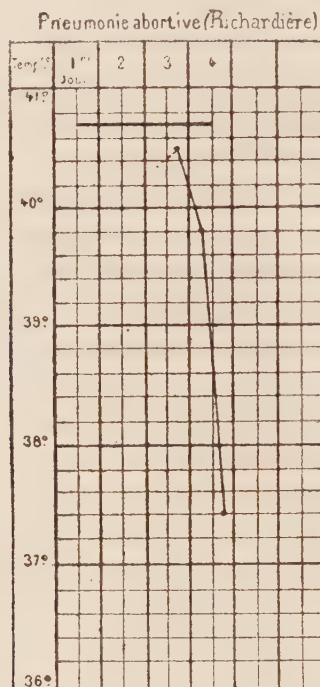


FIG. 20.

Le malade a rendu quatre ou cinq crachats fibrineux de couleur *jaune ocreuse*.

Ces signes démontraient l'existence d'une *pneumonie fibrineuse*. En outre, le malade était atteint de laryngite intense depuis une quinzaine de jours. Sa voix éteinte est presque imperceptible; la pression au niveau du larynx est douloureuse.

Les urines sont fortement *albumineuses*; elles contiennent des globules rouges.

31 janvier matin, l'état n'a pas changé. Le malade n'a pas expectoré, depuis la veille au soir, de nouveaux crachats colorés; son crachoir ne contient que quelques crachats muqueux. Température 39°,8.

Les urines, plus rouges encore que la veille, renferment une grande quantité de globules sanguins.

On a prescrit: ventouses scarifiées sur la poitrine; potion à l'eau-de-vie et teinture de digitale.

Le soir: la défervescence s'est produite dans la journée. Température 37°,4. Sueurs profuses; dyspnée bien moindre. Le souffle tubaire persiste, mais mêlé à de nombreux râles sous-crépitaux à grosses bulles. Toutefois les urines sont encore absolument sanguinolentes.

L'état général s'améliora de jour en jour.

Les urines cependant demeurèrent encore albumineuses; l'hématurie cessa défi-

nitivement le 2 février. Mais pendant toute la durée du mois de février l'albuminurie persista.

Dans la pneumonie abortive les signes obtenus par l'auscultation sont : des *râles* crépitants ou sous-crépitanls plus ou moins fins, et un *souffle doux*, ayant son maximum à la racine des bronches, ce qui prouve qu'il est symptomatique d'une congestion pulmonaire et non d'une hépatisation (Lépine). On vient de voir, par l'observation précédente que le souffle de la pneumonie abortive peut offrir le caractère du souffle tubaire, réputé pathognomonique de la pneumonie.

Un signe qui accompagne si fréquemment (1) la pneumonie fibrineuse qu'on a voulu lui faire jouer un rôle important dans la pathogénie de cette maladie, l'herpès, ne fait pas non plus défaut dans la pneumonie lorsqu'elle revêt la forme abortive.

Mon regretté maître le professeur Parrot avait remarqué que chez l'enfant l'éruption herpétique, loin d'être critique et tardive, apparaît maintes fois avant les signes stéthoscopiques caractéristiques. Il dit même qu'il lui arriva plus d'une fois en présence d'une fièvre herpétique, d'attendre le développement du souffle tubaire pour pouvoir formuler son diagnostic de pneumonie. L'observation X de son mémoire sur la fièvre herpétique est des plus instructives à cet égard. Il s'agit bien évidemment d'une pneumonie abortive chez un enfant de cinq ans, dans laquelle la défervescence se produisit au quatrième jour. Une plaque d'herpès apparut à la lèvre supérieure le deuxième jour, tandis que le souffle tubaire ne s'entendit que le lendemain au niveau de l'angle de l'omoplate gauche. Une légère recrudescence fébrile eut lieu au commencement du cinquième jour, mais elle ne devait pas durer plus de vingt-quatre heures.

L'herpès n'est pas spécial à la pneumonie abortive de l'enfance. L'adulte peut également en être atteint. L'observation suivante que je

(1) PARROT. — Fièvre herpétique, *loc. cit.*

LAGOUT. — Comptes rendus de la Société des Sciences médicales de Gannat, 1865. Observations et considérations relatives à l'herpès labialis. (*Mémoire de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1873, p. 91.)

FERNET. — *France médicale et Bulletins de la Société clinique de Paris*, 1878. — De la pneumonie franche aiguë, de son évolution et de sa crise. *Archives générales de médecine*, juillet et août 1881. — Pneumonie franche aiguë accompagnée d'herpès aigus multiples. (*France médicale*, 16 mars 1882.)

GERMAIN SÉE. — Des différents modes de traitement de la pneumonie. (*Union médicale*, avril 1873.)

dois à l'obligeance de mon maître et ami le docteur Landouzy, constitue un type de pneumonie développée chez un jeune homme de dix-huit ans (1) et avortant au milieu du troisième jour :

OBSERVATION II. *Fèvre pneumonique abortive droite. Herpès labialis (trois poussées successives). Albuminurie transitoire.* (Résumée). — Valot, dix-huit ans, garçon de magasin, employé au rayon des meubles, célibataire, vigoureux, de bonne santé habituelle, tomba brusquement malade dans la soirée du 18 octobre 1882. Il est pris d'un violent frisson entre huit et neuf heures du soir. La nuit se passe au milieu d'un grand malaise général accompagné de céphalalgie et de fièvre.

Cet état persiste le lendemain (19 octobre), la fièvre est intense puis survient une toux douloureuse et un point sous-mammaire droit apparaît.

Le malade entre le 20 octobre à la Charité, dans le service de M. le professeur Hardy, suppléé par le docteur Landouzy. On note à la visite du soir une fièvre vive. Temp. Rect. 40°,2, on trouve au niveau de la région mammaire droite de la matité ; à l'auscultation on note, dans la même région, des bouffées de râles crépitants et de la bronchophonie.

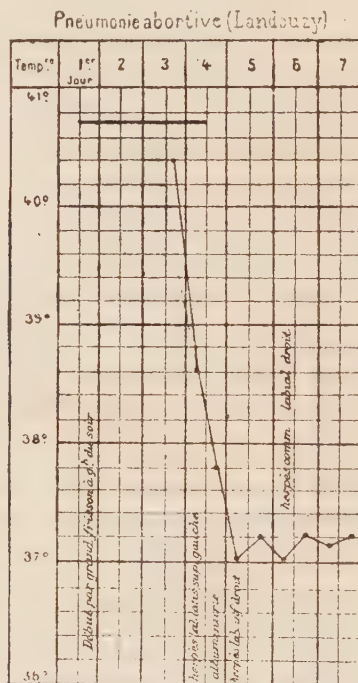


FIG. 21.

Le 21 octobre, troisième jour de la maladie, le malade a expectoré quelques cra-

(1) Cette observation a été citée par M. Landouzy dans sa leçon sur la « nature de la pneumonie » dans la *Semaine médicale* du 9 novembre 1882.

chats couleur d'abricot; les râles crépitants persistent dans la région mammaire et la respiration y est devenue un peu soufflante. En outre, l'examen de l'urine décèle la présence d'une faible quantité d'albumine. Enfin une plaque d'herpès s'est développée au niveau de la lèvre supérieure, du côté gauche. La température rectale est le matin 38°,6

Le soir, elle ne dépassera pas 37°,8. La défervescence commence au troisième jour de la maladie.

Le 22, le malade est dans un excellent état. La température rectale ne dépasse pas 37 degrés. Les râles crépitants de la région mammaire sont plus gros. Une seconde plaque d'herpès s'est formée au niveau de la lèvre inférieure du côté droit.

Enfin le 23, cinquième jour de la maladie, l'albuminurie a définitivement disparu. Il n'y a plus d'expectoration. Une troisième plaque de vésicules herpétiques s'est formée au niveau de la commissure labiale droite.

Le traitement a consisté uniquement en ventouses sèches appliquées sur le point douloureux.

Cette observation fort remarquable fut commentée par M. Landouzy dans une leçon clinique du 24 octobre 1882 qu'il consacra à la fièvre pneumonique, et l'*avortement* de la pneumonie fut invoqué par lui comme un des nombreux arguments montrant qu'il s'agit d'une fièvre et non d'une maladie locale. On y voit l'herpès se développer en trois poussées successives. Il en fut de même d'ailleurs pour une des remarquables observations dues à Marrotte (1), où l'on vit le deuxième jour d'une synoque pneumonique une poussée d'herpès labial supérieur droit (côté opposé à la pneumonie); puis le quatrième jour une nouvelle éruption d'herpès envahissant la lèvre supérieure tout entière. La maladie se termina le quatrième jour.

Jusqu'à présent, nous ne trouvons pas de signes physiques différentiels bien tranchés propres à la pneumonie abortive; on peut dire, il est vrai, qu'elle présente une symptomatologie locale souvent atténuée. Toutefois, il n'est pas jusqu'au bruit de Skoda qu'on ne puisse y rencontrer, témoin la deuxième observation de M. Bernheim. La femme qui en fait le sujet, âgée de quarante-trois ans, examinée le troisième jour de la maladie, en pleine défervescence, offrait une sonorité tympanique (skodique) sous la clavicule droite (côté de la pneumonie) jusqu'au mamelon.

Enfin l'*albuminurie*, ce signe concomitant si fréquent dans la pneumonie fibrineuse, à pu être observée. (Voir observations I et II.)

(1) MARROTTE. — *Loc. cit.*, p. 14, obs. IV. Il s'agit d'une belle observation de pneumonie abortive.

La similitude se poursuit jusque dans les *phénomènes critiques* qui peuvent se produire, dans la forme abortive de la pneumonie, avec la même intensité et la même durée que dans la forme commune se jugeant du cinquième au neuvième ou au douzième jour. C'est ainsi que dans l'observation II de M. Bernheim, le jour de la défervescence critique, la convalescente eut deux légères *epistaxis*. De plus, pendant les quarante-huit heures qui suivirent, la température demeura au-dessous de 37 degrés :

Quatrième jour...	{ matin...	36,4	pouls...	84
	{ soir....	36,8	— ...	84
Cinquième jour.....	matin...	36,6	— ...	80

et l'hypothermie persista pendant encore cinq jours. Si l'on tenait compte, dans ce cas, des assertions de Charvot (1), la convalescence aurait duré au moins sept jours, alors que la maladie n'aurait pas dépassé trois jours, disproportion considérable qui me semble être un argument sérieux en faveur de la doctrine de la fièvre pneumonique.

La chute de la température, ainsi qu'on le voit par les tracés que je rapporte dans ce chapitre, se fait brusquement, comme dans le plus grand nombre des observations de pneumonie commune. En douze ou vingt-quatre heures, la température a repris la normale, souvent même elle devient hypothermique.

Parfois cependant la défervescence, au lieu de se faire brusquement, s'opère par lysis, comme on le voit quelquefois dans la pneumonie fibrineuse. L'observation VI de la thèse de G. Bergeron en est un exemple des plus remarquables. (*Loc. cit.*, p. 59.)

Si l'assertion de M. Lépine qui dit : « La défervescence ne s'accompagne pas d'une crise aussi accentuée qu'on la voit dans la pneumonie commune », est vraie d'une manière générale, elle n'est donc pas absolue. C'est ainsi que pour ne citer que l'état du *pouls*, on a noté plus d'une fois un abaissement prolongé du pouls dans les jours qui suivirent la défervescence. L'observation IV du mémoire de Marrotte est typique à cet égard : le 18, quatrième jour de la maladie, premier

(1) CHARVOT. — *Température, pouls, urines dans la crise et dans la convalescence de quelques pyrexies (pneumonie, fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire)*. Thèse, Paris 1872, p. 37. Pour cet auteur la convalescence n'est terminée que le jour où la température hypothermique a atteint définitivement la normale. Il croit que la période de convalescence doit varier avec l'intensité de l'affection, l'état des forces du malade et la médication employée. L'observation sus-indiquée me paraît en désaccord avec cette opinion.

jour de la crise, le pouls tombe à 60 et y reste jusqu'au 21; le 22 et le 23 il descend à 56 (1).

L'étude des autres phénomènes critiques donnerait lieu aux mêmes réflexions. Les sueurs profuses et prolongées sont indiquées avec un soin tout particulier dans plusieurs observations (Marrotte, observ. III et IV); la diarrhée, les urines critiques ont été signalées.

La rareté relativement grande des cas de pneumonie abortive explique le petit nombre d'examens chimiques des urines critiques. A ce point de vue cependant, deux observations, publiées par MM. Lécorché et Talamon (2), à propos de la question de l'urée et de l'acide urique dans la pneumonie, sont des plus intéressantes. Elles montrent que pour la pneumonie abortive, comme d'ailleurs pour la pneumonie commune, l'opinion classique admettant l'augmentation de l'urée dans la période fébrile est souvent en défaut. La décharge de l'urée se fit dans les deux observations que je signale dès le début de la défervescence. Ainsi, pour l'observation III, l'urée dosée était :

Le jour de la défervescence.....	36 ^{gr.} 89
Le lendemain	29 46
Le troisième jour	33 80
Le quatrième jour.....	37 14

tandis que le sixième jour le taux de l'urée tombait à 19 gr. et était à 23 gr. le lendemain. Les mêmes remarques seraient applicables à l'excrétion de l'acide urique.

En résumé, la pneumonie abortive offre diverses modalités cliniques. Tantôt sa physionomie la rapproche singulièrement de la pneumonie commune, elle est alors dite abortive à cause de son évolution hâtive; tantôt au contraire les signes physiques s'unissent aux phénomènes généraux pour donner naissance à un type atténué, rappelant à s'y méprendre la congestion pulmonaire aiguë primitive, la maladie de Woillez. Dans ce dernier cas, le diagnostic de pneumonie confine à l'erreur. En clinique, la distinction est alors bien difficile entre ces deux maladies.

Si l'on tient compte des observations publiées, la pneumonie abor-

(1) Consulter de même la troisième observation de Marrotte (obs. de Tessier), où le pouls tomba à 52 deux jours après la crise.

(2) LÉCORCHÉ et TALAMON. — *Etudes médicales*, Paris 1881, p. 417 et suiv. (Obs. III, pneumonie abortive du sommet droit; obs. IV, pneumonie abortive du lobe supérieur droit.)

tive serait, somme toute, assez rare. Tous les auteurs classiques sont d'accord à ce sujet. Lorain (1) estimait que la crise ne survient que « rarement du troisième au quatrième jour »; Grisolle (2) semble n'en avoir observé qu'un cas qui avorta au quatrième jour. Jaccoud (3) accepte cependant que le cinquième des cas de pneumonie se termine entre le troisième et le cinquième jour inclusivement. Il est vrai que ce cinquième jour, à lui seul, absorbe un nombre relativement considérable de cas, puisque la statistique de Jürgensen (portant sur 720 faits) en donne 120 terminés au cinquième jour, ce qui équivaut à la proportion de 16,6 0/0.

Malgré la grande rareté de la forme abortive, la *récidive* a été observée. M. Bernheim (observation II, p. 184) rapporte l'histoire d'une malade qui en aurait été, au moment où il la vit, à sa *troisième attaque* de pneumonie abortive, et ces trois attaques successives se seraient développées en l'espace de deux ans : « la première aurait duré cinq jours, la deuxième trois jours, chaque fois avec fièvre. » Nous avons ci-dessus cité la troisième.

La *nature* de la maladie nous arrêtera quelque temps. M. Lépine pense que « ces pneumonies ne paraissent pas aboutir à une hépatisation véritable ; et qu'anatomiquement ce sont surtout des *pneumonies congestives* ». Cette donnée anatomique nous permet de comprendre la disparition habituellement brusque des signes stéthoscopiques et plessimétriques. Toutefois, si la pneumonie abortive ne s'accompagne *jamais* d'hépatisation, quelle différence anatomique y a-t-il entre une congestion aiguë du poumon, une splénopneumonie et une pneumonie congestive ? Seule, la durée de la maladie, comme nous allons voir, pourrait être invoquée pour le diagnostic différentiel. Il ne serait peut-être pas irrationnel d'admettre dans la pneumonie abortive, au moins pour les cas durant trois ou quatre jours, un noyau central d'hépatisation rouge, qui s'entourerait d'une large zone de congestion. Cette vue, toute hypothétique, demanderait à être confirmée ou infirmée en clinique ; elle se base sur ce que les signes physiques ne disparaissent pas toujours subitement, en quelques heures, en un jour, comme on le

(1) LORAIN. — *Température du corps humain*, t. II, p. 378.

(2) GRISOLLE. — *Traité de la Pneumonie*, Phénomènes et jours critiques de la Pneumonie, p. 310.

(3) JACCOUD. — *Pathologie interne*, t. II, p. 466.

voit pour la simple congestion aiguë de Woillez (1) et dans la congestion pulmonaire aiguë de l'enfance, ainsi que l'ont bien montré MM. Bergeron, Hirne (2) et Cadet de Gassicourt (3). Quoi qu'il en soit d'ailleurs, il est bien difficile d'expliquer par l'action d'un simple *refroidissement* la pneumonie abortive. L'herpès fréquent, l'albuminurie, les phénomènes critiques, sont des arguments sérieux en faveur de l'existence d'une cause générale déterminant les lésions congestives, circonscrites ou étendues à l'un des deux poumons ou même aux deux poumons à la fois. Nous n'avons pas à rappeler ici les idées théoriques et les discussions pathogéniques qui ont longtemps divisé les auteurs. La pneumonie abortive rentrant dans le cadre de la pneumonie commune, fibrineuse, franche aiguë, est passible des mêmes interprétations étiologiques. Faut-il en faire une affection purement *a frigore*, comme l'école organicienne le prétendait et comme l'affirme encore aujourd'hui M. Hardy (4)? Doit-on la considérer au contraire comme la détermination localisée d'une maladie générale, comme l'expression symptomatique d'une fièvre la synoque (Marrotte), la fièvre herpétique (Parrot, Lagout, Fernet); la fièvre pneumonique (Sydenham, Hirtz, Jürgensen, Bernheim)? Ce dernier auteur (5) considère la pneumonie comme une pyrexie ayant son affinité propre pour le poumon, absolument comme les oreillons, l'érysipèle, le typhus cérébro-spinal ont leur affinité propre.

Je n'insisterai pas longuement sur le *diagnostic* différentiel. On ne doit pas croire à une pneumonie abortive, lorsque dans le cours d'une pneumonie commune on voit se produire une fausse défervescence, défervescence illusoire ou *fausse crise* caractéristique en ce qu'elle ne s'accompagne d'aucune amélioration dans l'état général du malade et sur laquelle ont insisté MM. Jaccoud (6) et Wunderlich (*loc. cit.*).

Il est une forme spéciale de la pneumonie, la *pneumonie à foyers*

(1) WOILLEZ. — *Archives générales de Médecine*, t. III, 1854, et *ibid.*, t. VIII, 1866. — *Traité clinique des maladies aiguës des voies respiratoires*. Paris, 1872.

(2) HIRNE. — Thèse de Paris, 1876.

(3) CADET DE GASSICOURT. — *Traité clinique des maladies de l'enfance*, t. I^{er}.

(4) HARDY. — Leçon sur la pneumonie. (*Union médicale*, 1884.)

(5) *Mémoires de la Société de médecine de Nancy*, 1878; procès-verbaux des séances, p. 26.

(6) JACCOUD. — *Clinique médicale de la Charité*, 1867, p. 29.

successifs, déjà indiquée par Beau (1) et par M. Moutard-Martin (2) chez les vieillards, retrouvée par Kelemen, Waldenburg et Fischl, dans laquelle chaque poussée représenterait d'ordinaire une pneumonie abortive, et dans laquelle également chaque période d'apyrexie dure de quelques heures à un ou deux jours. Cette forme, dont l'existence paraît douteuse à M. Lépine, ne mérite pas plus longue attention. Les mêmes réflexions s'adressent à ces formes décrites comme pneumonies récurrentes, comme pneumonies à rechute (Wunderlich). J'en dirai de même pour les pneumonies dites *rhumatismales*.

Quant à la *pneumonie intermittente*, ou pour mieux dire quant à la fièvre intermittente pernicieuse pneumonique, la fréquence du frisson (3) se renouvelant à chaque accès, ce dernier habituellement à type tierce, la durée de la poussée pulmonaire presque toujours aussi courte que l'accès lui-même (4), la cessation brusque des phénomènes généraux quelques heures seulement après le début de la pyrexie, doivent toujours faire penser à l'impaludisme et indiquer aussitôt un traitement antipériodique énergique. J'ai eu l'occasion d'en observer un bel exemple dans le service de M. Damaschino, il y a bientôt douze ans (5).

Chez l'enfant, la *fièvre éphémère*, la *fièvre herpétique*, et tous ces états mal déterminés qu'on rangeait naguère encore sous le terme générique de *synoque*, peuvent voiler le développement de la pneumonie abortive, d'autant plus aisément que le souffle pulmonaire et les autres signes stéthoscopiques tardent souvent à apparaître (Parrot); et, d'autre part, comme le remarque M. Roger, la pneumonie du sommet, fréquente chez l'enfant, s'accompagne très souvent d'une symptomatologie complexe dans laquelle les phénomènes nerveux, délire, agitation, convulsions, prennent le premier rôle et peuvent faire croire au développement d'accidents méningitiques (communication orale).

Quant à la *congestion pulmonaire aiguë* idiopathique de l'enfant, si bien isolée par M. Bergeron et par le docteur Hirne son élève, décrite avec le talent qu'on lui connaît par M. Cadet de Gassicourt, l'embarras est grand pour en tracer les signes diagnostiques différentiels : même

(1) BEAU. — *Journal de Médecine*, 1843.

(2) MOUTARD-MARTIN. — *Revue médicale*, 1844, février, p. 150.

(3) GRIESINGER. — *Maladies infectieuses*, 1877, p. 85.

(4) GRISOLLE. — *Traité de la Pneumonie*.

(5) DAMASCHINO. — *Gazette des Hôpitaux*, 1874.

début brusque, mêmes signes stéthoscopiques, même durée, même défervescence, même éruption herpétique... Les deux caractères importants sur lesquels insiste M. Cadet de Gassicourt sont : la *mobilité* des signes et la *brèveté* de leur évolution; il faut y ajouter les recrudescentes fréquentes et la bilatéralité des phénomènes.

Chez l'adulte, depuis Woillez et depuis les descriptions données par M. Potain et son élève le docteur Serrand (1), les signes différentiels de la congestion pulmonaire sont classiques. M. Queyrat les a bien résumés dans un mémoire récent (2). L'expectoration est pour ainsi dire pathognomonique; elle est comparable à une *solution de gomme*, les crachats visqueux sont quelquefois légèrement striés de sang. En outre, on constate une *augmentation de volume du thorax*; les vibrations thoraciques ne sont *jamaïs* augmentées. La gradation des signes stéthoscopiques au point de vue de la respiration est la suivante : on peut entendre un affaiblissement du murmure vésiculaire; puis la respiration peut devenir nulle. Lorsque le parenchyme pulmonaire se condense par suite de l'afflux sanguin, la respiration devient rude, et l'on peut même entendre une respiration bronchique, un souffle léger.

Si j'ai tant insisté sur les signes de la congestion aiguë du poulmon, c'est que je devais montrer que le diagnostic peut et doit même en être fait dans un certain nombre de cas. Je me bornerai à signaler ici une forme clinique de lésion aiguë du poulmon, récemment isolée du groupe des congestions pulmonaires et des pneumonies par M. Grancher (3) : la *spléno-pneumonie*, espèce à part, sorte de pneumonie subaiguë, qui ne rentre pas dans notre sujet.

Si nous résumons ce qui précède, nous arrivons aux remarques suivantes : d'une part les symptômes généraux et les signes physiques sont souvent insuffisants pour différencier la pneumonie commune, la pneumonie abortive et la congestion aiguë idiopathique du poulmon; d'autre part, les symptômes fonctionnels n'ont aucune valeur distinctive; l'évolution spéciale de la maladie constitue le seul caractère important. Or, dans la congestion pulmonaire aiguë et dans la pneumonie abortive, de même que dans les tracés typiques de fièvre herpétique, et même

(1) SERRAND. — Thèse de Paris, 1878.

(2) QUEYRAT. — Congestion pulmonaire. *Revue de Médecine*, 1885, n° 1, p. 24.

(3) GRANCHER. — De la spléno-pneumonie. *Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 10 août 1883, p. 14.

d'érysipèle de courte durée ou de scarlatine abortive, les courbes thermométriques sont, à très peu de chose près, absolument comparables, pour ne pas dire identiques. Faut-il admettre que la fièvre herpétique, la congestion pulmonaire aiguë idiopathique et la pneumonie abortive soient trois états, trois formes d'une seule et même maladie, maladie générale dont la nature probablement infectieuse a déjà été partiellement démontrée, pour la pneumonie du moins? ou bien doit-on repousser cette manière de voir, et considérer ces trois états pathologiques si voisins, si comparables dans leurs formes intenses aussi bien que dans leurs manifestations atténuées, abortives, comme trois maladies distinctes? Les documents actuels me paraissent, aujourd'hui encore, trop peu nombreux pour qu'on puisse trancher la question. L'avenir se chargera de répondre.

Pour le moment nous croyons, jusqu'à nouvel ordre, qu'on doit maintenir en clinique la distinction classique établie entre les formes légères, écourtées de la pneumonie commune et la congestion pulmonaire aiguë idiopathique. La maladie de Woillez et de Cadet de Gassicourt ne doit pas être fondue dans le cadre des pneumonies abortives. Le contraire sera peut-être jugé vrai un jour.

En attendant, on peut se demander comment il se fait que la pneumonie ait des formes abortives. Il est impossible aujourd'hui, pour essayer de les expliquer, de ne pas tenir compte des récentes découvertes obtenues par la bactériologie. Friedlander, Talamon, Leyden, Salvioli et Zäselein, Afanassiew, Cornil, Netter ont poursuivi dans les tissus l'examen des micro-organismes pathogènes de la pneumonie. La question expérimentale a été étudiée, et la preuve paraît faite aux yeux de la grande majorité des anatomo-pathologistes; elle attend la confirmation unanime des cliniciens. Si donc la pneumonie est une maladie infectieuse, souvent épidémique, si elle constitue dans la classe des pyrexies une variété remarquable par sa courte durée relative et son évolution cyclique, il n'y a rien d'extraordinaire à voir cette fièvre présenter, comme toutes les autres maladies générales, des formes atténuées, ou écourtées, ou frustres, et en particulier des formes abortives.

Un dernier point resterait à élucider: la forme *avortée* de la pneumonie tient-elle au malade ou à la maladie elle-même? Cette question, qui a été résolue pour ses grandes lignes dans la première partie de ce travail, est ici la même que dans toutes les pyrexies. Nous termine-

rons par une simple remarque ; si l'organisme, le terrain, devait jouer son rôle dans la marche générale de la maladie, on n'aurait pas lieu de voir dans la très grande majorité des cas la défervescence critique se produire, à quelques heures près, toujours au même moment. Si l'idiosyncrasie, si l'élément réactionnel entrait en ligne de compte, il semble qu'il devrait y avoir des différences individuelles bien plus considérables. Il est donc rationnel d'admettre que, pour la pneumonie, comme d'ailleurs pour la majorité des maladies infectieuses, les formes avortées dépendent essentiellement de la qualité ou de la quantité de l'élément infectieux, de ce qu'on appelait, il y a peu de temps encore, sans bien l'expliquer du reste, le *génie propre* de la maladie.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

INDICATIONS GÉNÉRALES

- ANDRAL. — Clinique médicale.
ARLOING. — Revu de médecine, 1881, 1883, 1884.
ARNOULD (J.). — Origines, affinités du typhus. Paris, 1869.
BABÈS. — Les bactéries. Paris, 1885.
BAR. — Th. agrég. 1883.
BARTHÉLEMY. — Recherches sur la variole. Th. Paris, 1880.
BAZY. — Th. Paris, 1880.
BERNARD (L.). — De la curabilité de la tuberculose aiguë à localisations multiples. Th. Paris, 1885.
CLAUDE-BERNARD. — Leçons sur la chaleur animale. Paris, 1876.
BEZ. — De la coexistence des fièvres éruptives entre elles et avec la fièvre typhoïde. Th. Paris, 1877.
BERNHEIM. — Des fièvres typhiques en général. Th. agrég. Strasbourg, 1868.
BORSIERI. — Médecine. Trad. Chauffard.
BOUCHARD. — Revue de médecine 1881. — Bull. Soc. clinique de Paris. — Congrès de Copenhague, 1884.
BOULEY. — Leçons de path. comparée. Les progrès en médecine par l'expér. 1881.
BURKHARDT. — Rev. d'hygiène et de police sanit. 1880.
CADET DE GASSICOURT. — Maladies de l'enfance.
CHAMBRELENT. — Recherches sur le passage des éléments figurés à travers le placenta. Paris, 1884.
CHARCOT. — Bull. Soc. biologie. 1851. — Bull. Soc. méd. hôp. de Paris, 1865. — Leçons sur les maladies des vieillards, 1874.
CHARVOT. — Th. de Paris, 1871.
CHARRIN. — Pyocyane. Soc. anat. 1884. — Maladie pyocyane. C. r. Soc. Biol. Juin-novembre, 1885.
CHAUVEAU. — Sur la présence éventuelle des germ. pathog. dans le sang. Congrès de Grenoble, 1885.
CHAUVEAU ET ARLOING. — Bull. acad. méd., 1884.
CHAUVEL. — Septicémie. Dict. encycl. sc. méd.
CORNEVIN. — Rev. de méd. 1881-1883-1884.
CORNIL. — Les Bactéries, 1885.
CULLEN. — Médecine pratique. Trad. Bosquillon. Paris, 1785.
DEPAUL. — Bull. de l'Acad. méd. 1880.
DESNOS. — Bull. Soc. méd. hôp. Paris, 1871.
DOLÉRIS. — La fièvre puerpérale et les organismes inférieurs. Th. Paris, 1880.
DU CASTEL. — Physiol. path. de la fièvre. Th. agrég. 1878.
DUCLAUX. — Ferments et maladies. 1882.
FELTZ ET RITTER. — De l'urémie expérimentale. Nancy, 1881.
GAUCHER (E.) ET BOURSIER (A.). — Puerpérisme infect. chez l'homme. Rev. de méd. Septembre 1884.
GAUTIER (A.). — Journal de l'anat. de Robin, 1881. — Bull. de l'Acad. de méd. Janvier 1886.
GAVARRET. — Recherches sur la température du corps dans la fièvre intermittente. Journ. l'Expérience, 1839.
GRAVES. — Cliniques. Traduction Jaccoud.
GRIESINGER. — Maladies infectieuses. Paris, 1877.
GUENEAU DE MUSSY. — Clinique médicale.
GUYON. — Leçons sur les maladies des voies urinaires.
HALLOPEAU. — Traité élémentaire de path. gén. Paris, 1884.
HÉRICOURT (J.). — La constit. médicale cholérique. Rev. méd., 10 nov. 1884. — Le

- choléra atténué. Ibid., 10 oct. 1885. — Les malad. épid. atténuées et les constit. méd. préépidémiques. Ibid., 10 fév. 1886.
- HIRTZ. — Article « Fièvre ». Nouv. Dict. de méd. et chir.
- JACCOUD. — Path. interne. — Cliniques de la Pitié et de la Charité.
- JACQUOT (F.). — Typhus de l'armée d'Orient. Paris, 1856.
- LAENNEC. — Traité d'auscultation médiate.
- LANDOUZY. — Leçons cliniques faites à la Charité, oct. 1884 et oct. 1885. — Anal. in Journ. de médec. et de chirurgie pratiques, 1884 et 1885.
- LANDRIEUX. — Relation de quelques cas de variole hémorrh. — Obs. chez des esquimaux (Bull. Soc. méd. hôp., 1881).
- LEREBOULLET. — Art. Fièvre (Dict. encycl. des sc. méd.).
- LIEBERMEISTER. — Speciellen Pathologie und Therapie. — Infectiouskrankheiten. Leipzig, 1885.
- LÉCORCHÉ ET TALAMON. — Etudes médicales. Paris, 1881.
- LITTRÉ. — Dict. de la langue française, t. Ier, p. 17. *Abortif*.
- LORAIN. — Etudes de médecine clinique. — Le poulx. Paris, 1870.
- LORAIN ET BROUARDEL. — Temp. du corps humain, Paris, 1877.
- MALHERBE. — Th. Paris, 1872.
- MAUNOURY. — Th. Paris, 1877.
- MAYGRIER. — Des formes diverses d'épidémies puerpérales. Th. d'agrég., 1883.
- MAZEL. — De la fièvre de convalescence. Th. de Paris, 1885.
- MIQUEL. — Organismes vivants de l'atmosphère, Paris, 1883.
- MAREY. — La circulation du sang dans l'état physiol. et dans les maladies. Paris, 1861.
- PASTEUR. — C.-R. de l'Acad. des Sciences. Passim. — Bull. Acad. de médecine. Passim. — Congrès de Copenhague, 1884.
- PETER. — Bull. Acad. de médecine. Passim. — Des températures élevées excessives dans les maladies. Gaz. hebdomadaire, 1872.
- RATIMOFF. — Archives de physiologie, 1884.
- RECLUS. — Clinique et critique chirurgicales. Paris, 1884.
- RENDU. — La fièvre puerpérale. Revue des sciences méd., 1883.
- RITTER ET FELTZ. — De l'urémie expérimentale. Nancy, 1881.
- RILLIET ET BARTHEZ. — Traité des maladies de l'enfance.
- ROGER. — Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance, 1872.
- SIREDEY. — Mal. puerpérales, 1882.
- STICKLER. — The Med. Record., mars, 1883.
- STRAUS ET CHAMBERLAND. — Soc. biologie. — Arch. de physiologie, 1883.
- STRÜMPPELL. — Traité de path. interne, t. Ier. — Mal. infect.
- STOLTZ. — Fièvre puerpérale (Nouv. dict. de méd. et chir.).
- SYDENHAM. — Médecine pratique. — Trad. Jault. Paris, 1774.
- TARNIER. — Traité des accouchements. — Pathologie de la grossesse.
- TAUPIN. — Journ. des com. Médicales, 1839.
- THUILIER. — C.-R. Acad. des sciences, 1883, t. XCVII.
- THOMAS. — Voy. Arloing.
- TRIFAUD. — Rev. chirurgie, 1883.
- TROUESSART. — Les microbes, les ferments et les moisissures. Paris, 1886.
- TROUSSEAU. — Clin. méd. de l'hôtel Dieu.
- VINAY. — Incubation de la variole (Rev. méd. oct, nov. et déc. 1884).
- VULPIAN. — Leçons sur l'appareil vaso-moteur. Paris, 1875.
- WEGENER. — Arch. Langenbeck, t. XX, 1876.
- WUNDERLICH. — Température dans les maladies. — Trad. Labadie-Lagrave, Paris, 1872.

Consultez en outre :

Compendium de Médecine Pratique.

CHOMEL. — Pathologie générale.

Dictionnaires encyclopédique des sc. méd. — Nouv. dict. de méd. et chir. prat.

C.-R. Acad. des sciences.

Bull. acad. de médecine.

Revue de Médecine.

Archiv. génér. de médecine.

Ziemmen's handb. d. speciel. Path. und Therap. — Acute infect. Krankheiten.

MALADIES TYPHOÏDES

I. — Typhus exanthématique.

- BARRAILLIER. — Traité du typhus épidémique. Paris, 1851.
COLIN. — De la genèse du typhus exanthématique (Gaz. hebd. de Paris, 1872).
CHAUFFARD. — Question du typhus (Bull. Acad. méd., 1872-1873).
GARREAU. — Gaz. Méd., 1856.
GODELIER. — Bull. Acad. de méd. Paris, 1856.
GRAVES. — Cliniques (Trad. Jaccoud).
GRIESINGER. — Maladies infectieuses.
HASPEL. — Gaz. Méd. Paris 1856.
HILDENBRAND. — Typhus. Vienne, 1815.
JACQUOT. — Typhus de l'armée d'Orient. Paris, 1856.
KELSCH. — Genèse du typhus (Gaz. hebd., 1872).
LAVERAN. — Traité des maladies et épidémies des armées. Paris, 1875.
LEBERT. — Flecktyphus (in Ziemssen's Handb.). Leipzig, 1874.
PÉRIER. — Ann. de méd. milit., 1869-1870.
PRINGLE. — London, 1765.
ROCHARD. — Typhus exanthématique (Bull. Acad. de méd., 1857).
STOKES. — Lectures on fever. London, 1874.
VITAL. — Mém. de médec. milit., 1869. — Le typhus dans la province de Constantine en 1868.

II. — Typhus cérébro-spinal.

- BAUER. — Einige worte über die von mir beobachteten fälle von M. Cereb. spin. epidem. (Arch. f. wessen. Heilk. 1867).
CHAUFFARD. — Mém. sur les cérébro-spinites qui ont régné à Avignon en 1840 et 1841 (Rev. méd., 1842).
FAURE-VILLARS. — Note sur l'épidémie de Versailles (Gaz. Méd.). Paris, 1829.
FORGET. — Relation de l'épidémie, etc. (Gaz. Méd.). Paris 1842.
ROLLET. — De la méningite cérébro-rachidienne. Paris, 1844.
SUMMERELL. — Trans. of the Americ. med. Ass. XIII, Sundhedskolleguems Forhandling for Aaret, 1846-1849 (American journ. of méd. sc., 1862).
TOURDES. — Gazette Méd. Strasbourg, 1842. — Histoire de l'épidémie de méningite cérébro-spinale qui a régné à Strasbourg en 1840 et 1841. Paris, 1843.
VON DEN BUSCH. — Ueber die im winter, 1854-1855. — Sowie in den wintern von 1856 und 1857, in verschiedenen Länen Schwedens Geherrschte Hirnfieberepidemie (Deutsche Klin, 1860).

III. — Fièvre récurrente.

- ARNOULD. — Du typhus à rechute, épidémie observée au pénitencier de Rin-el-Rey. (Arch. de méd. juin et juillet, 1867).
AZÉMA. — Note sur la fièvre récurrente qui règne à l'île de la Réunion (Union médicale, 1866).
BEGBIE. — Relapsing Fever, Reynold's Syst. of med. 1866, t. I, p. 637.
CHARCOT. — Gaz. heb., avril, 1865.
GRIESINGER. — Beobachtungen über die Krankheiten von Egypten. (Arch. f. phys. Heilkunde, 1853, XII).
HIRSCH. — Handbuch der hist. geograph. pathologie, 1859, t. I.
LAVERAN ET WORMS. — Relation d'une petite épidémie de fièvre rémittente bilieuse, etc. (Recueil des mém. de méd. milit., 1865 et 1866, t. XVI).
LEBERT. — Beiträge zur Kenntniss des biliösen typhoïdes (Deutsches Arch. f. Klin. Med., 1869, VI).
MURCHISON. — On continued fevers. London, 1862; 2^e édit., 1873. — On the reappearance of Relapsing fevers in England, Lancet, 1869, II.
MAC AULIFFE. — Mémoire sur la fièvre à rechute (Arch. de méd., nov. 1869, p. 97).
OBERMEER. — Ueber das wiederkehrende Fieber. (Virchow's Archiv., 1869), t. 47^o.

IV. — Fièvre jaune.

- BALLOT. — Arch. de méd. navale, 1870. — Fièvre jaune à la Martinique. Rochefort, 1881.
BÉRENGER FÉRAUD. — Fièvre jaune au Sénégal, 1874. — Fièvre dite bilieuse, etc. Paris, 1878.
BUROT. — Fièvre dite bilieuse à la Guyane, 1880.
CHERVIN ET TROUSSEAU. — Fièvre jaune à Gibraltar. Paris, 1830.
CORRE. — Note médicale rec. à Vera-Cruz. Th. de Paris, 1869.
CREVAUX. — Hist. path. f. jaune (Arch. méd. nav., 1877).
CURNISSET. — Et. chim. f. j. (Arch. méd. nav., 1878).
DUTROULAU. — Trait. mal. Europ. dans les pays chauds. Paris, 1868.
FAGET. — Monograph. sur la fièvre jaune. Paris, 1875.
FINLAY. — Arch. méd. nav. 1884.
GOUIN. — Transmis. de la fièvre jaune (Arch. méd., nav. 1866).
GRIESINGER. — Traité mal. infect. Paris, 1877.
HAENISCH. — Gelfieber, *in* Ziemssen's, Handb. d. spec. Path. u. Ther, 1876.
JACCOUD. — Pathol. int., 1883, t. III.
KERUEL. — Epid. de fièvre jaune à Cayenne en 1855-1856. Th. de Montpellier, 1864.
LARTIGUE. — Diagnostic de la fièvre jaune et fièvre bilieuse hémorrh. (Arch. méd. nav. 1870).
LAVERAN. — Malad. épid. des armées. Paris, 1875.
LEROY DE MÉRICOURT. — Arch. méd. nav. Paris, 1864.
LOTA. — Immunités des créoles à la fièvre jaune (Arch. méd. nav. 1870).
LOUIS (P.-G.-A.). — Mém. soc. méd. d'obs. Paris, 1844.
MAHÉ. — Etude malad. exot. Paris, 1878.
MARÉCHAL. — Quelques consid. sur la fièvre jaune. Th. de Nancy, 1875.
MELIER. — Relat. de la fièvre jaune de Saint-Nazaire, 1861. Paris, 1863.
NIELLY. — Elém. path. exot. Paris, 1881.
PRIMET, Temp. de la fièvre jaune. Th. de Paris, 1879.
PROUST. — Hygiène internat. Paris, 1873.
RUZ DE LAVISON. — Immunité de la fièvre jaune. (Gaz. méd., 1864). — Malad. Saint-Pierre Martin. (Arch. méd. nav. 1869). — Compte-rendu de la fièvre bil. infl. (Arch. méd. nav. 1878).
SIPHNAIOS. — De la fièvre jaune sporadique. Th. de Paris, 1852.
VAILLANT. — Note méd. hop. de Vera-Cruz de 1864-1865. Th. de Paris, 1869.

V. — Fièvre Typhoïde.

- ARTAUD. — Etiol. de la fièvre typh. Th. de Paris, 1885.
BARELLA. — Bull. Académie de méd. de Belgique, février 1877.
BARTHEZ ET RILLIET. — Traité des maladies des enfants, t. II. 1861.
BAUMLER. — Klinische Beobachtungen über Abdominaltyphus in England. — Die leichtesten Formen der typhösen Infection. — Deutsch Arch. f. klin. med. Bd III, 1867.
BEHIER ET HARDY. — Pathologie interne, t. IV.
BERNHEIM. — Clinique médicale, 1877. — Fièvre typhoïde abortive ou fébricule typhoïde (Revue médicale de l'Est, 1885-1886).
BESNIER. — Bulletins de la société médicale des hôpitaux, 1872.
BOUCHARD. — Lec. sur mal. infect. (Rev. Méd., 1881).
BOUILLAUD. — Clinique médicale de la Charité, t. I, Paris, 1837.
BRINTON. — Maladies de l'estomac (Trad. Riant).
CADET DE GASSICOURT. — Traité clinique des maladies de l'enfance, t. II.
CHAUFFARD, (A.) — Détermin. gastr. de la fièvre typhoïde. Th. de Paris, 1882.
CHAUVEAU. — Contribut. Etude de la grippe. Thèse de Paris, 1884.
CHOMEL. — Leçons de clinique médicale. Paris, 1834.
COLIN. — Fièvre typhoïde dans l'armée. Paris, 1878.
CORDON. — Fièvres typhoïdes anormales. Th. 1880.
DAVASSE. — Fièvre éphémère et synoque. Th., 1847.
DELATREMBLAYE. — Fièvres continues. Th., 1847.
DESCROIZILLE. Maladies des enfants, 1883.
DIEULAFOY. — Manuel de path. int., 1882.

- D'ESPINE. — Quelques remarques sur la fièvre typhoïde des enfants. (Bull. médical de la Suisse Romande, janvier 1875).
- FORGET. — De l'entérite folliculeuse, 1841.
- GALISSART DE MARIGNAC. — Thèse de Paris, 1881.
- GERHARDT. — Handbuch der Kinderkrankheiten, 1877.
- GRIESINGER. — Infections Krankheiten. Virchow's Handbuch der spec. Pathologie und Therapie. Erlangen, 1857. Traité des maladies infectieuses (Traduction Lemaitre). Paris, 1868.
- GUÉNEAU DE MUSSY. — Clinique médicale, t. III. Traité théorique et pratique de la fièvre typhoïde dothientérique. Paris, 1884.
- GUEGUEN. — Archives de médecine navale, 1878.
- GUILBERT. — Union médicale, 1869.
- GUILLERMET. — Complications pulmonaires de la fièvre typhoïde. Th. Paris, 1878.
- GUYARD. — Fièvre typhoïde à rechute. Th. Paris, 1877.
- HALLOPEAU. — Soc. méd. hôpit., 1881.
- HARDY ET BEHIER. — Pathologie interne, t. IV.
- HARDY ET A. SIREDEY. — Diagnostic de la fièvre typhoïde. Union médicale, 1885.
- HÉRICOURT (J.). — Rev. méd. Févr. 1886.
- HOMOLLE. — Article « Fièvre typhoïde ». Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, t. XXXVI. Paris, 1884.
- HUTINEL. — Convalescence et rechute de la fièvre typhoïde. Th. d'agrég., 1883.
- JACCOUD. — Thermométrie dans la fièvre typhoïde. Clinique de la Charité. Paris, 1867. Pathologie interne.
- JOSIAS. — Fièvre typhoïde chez les vieillards. Th. Paris, 1881.
- JÜRGENSEN. — Ueber die leicht Form. des Abdominaltyph. Samm. Klinisch. Vorträge. Nr. 61.
- KELSCH. — Observation sur l'embarras gastrique fébrile. Société médicale des hôpitaux, 1885.
- KIENER. — Fièvre éphémère. Société méd. des hôpit., 1885.
- LAVÉRAN. — De la fièvre typhoïde abortive ou fébricule typhoïde. Archives générales de médecine, 1870.
- LEBERT. — Beiträge zur genaueren Kenntniss der verschiedenen Formen des Typhus. Ueber Abortivtyphus. Prager Vierteljahrschrift Bd. 56, 1857.
- LEBON. — Relation de l'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit en décembre 1883 aux forges de Liverdun. Thèse de Nancy, 1884.
- LÉPINE. — Pneumonies du début de la fièvre typhoïde. Bull. Soc. méd. hôp., décembre 1882.
- LEREBOULLET. — Art. « Fièvre » in Dict. encyclop. Sc. méd.
- LIEBERMEISTER. — Ueber die Ursachen der Volkskrankheiten. Akad. Antrittsrede. Bâle 1865. — Infectionskrankheiten und Typhus abdominalis in Ziemssen's Handb. der spec. Patholog. und Therap. Leipzig, 1876. — Vorlesungen über spec. Pathol. und Therap. Bd. I. Infectionskrankheiten, 1885. Abdominal Typhus.
- LITTRÉ. — Art. « Fièvre gastrique ». Dict. en 30 vol. 1836.
- LORAIN ET BROUARDEL. — De la température du corps humain et de ses variations dans les diverses maladies. Paris, 1877.
- LORAIN. — Etude de médecine clinique. Paris, 1870.
- LOUIS. — Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la maladie connue sous le nom de fièvre typhoïde. Paris, 1841.
- LUBANSKI. — Arch. méd. milit. Fièvre typh. abort.
- LUTON. — Art. « Estomac ». Dict. Jaccoud. 1871.
- MARTIN-SOLON. — Embarras gastrique. Gaz. médicale, 1836.
- MEUNIER. — Fièvre typhoïde à rechute. Th. Paris, 1883.
- MICHEL. — Th. Paris, 1864.
- MIDDLESEX. HOSPITAL REPORTS, 1883.
- MONNERET. — Pathologie gén., 1857. — Pathol. interne, 1866.
- MORIN-HERBLAND. — Exanthème de l'embarras gastrique fébrile. Th. Paris, 1885.
- MURCHISON. — La fièvre typhoïde. Trad. Lutaud. Paris, 1878.
- NEUBAUER. — Fièvre de convalescence. Th. Nancy, 1878.
- NIEMEYER. — Pathol. interne.
- PARISOT. — Recherches sur le pouls dans le cours de la convalescence et la rechute de la fièvre typhoïde. Th. Nancy, 1883.

- PERRIN. — Rechtes de la fièvre typhoïde. Th. Paris, 1878.
 PETER. — Clinique médicale.
 PICOT ET D'ESPINE. — Manuel pratique des maladies de l'enfance, 1880.
 RAYNAUD. — Bull. Soc. anat. Paris, 1837.
 RILLIET. — De la fièvre typhoïde chez les enfants. Th. doct. Paris, 1840.
 RILLIET ET BARTHEZ. — Traité des maladies des enfants, t. II. 1861.
 RINDFLEISCH. — Eléments de pathologie. Trad. Schmitt. 1886.
 ROBIN (A.). — Leçons sur le traitement de la fièvre typhoïde. Masson, 1886.
 ROUFFIGNAC. — Epidémie de caserne. Nouv. France. Th. Paris, 1885.
 SAINT-ANGE. — Fièvre de convalescence. 1885.
 SCHMID. — Ueber typhus levissimus. Zurich, 1862.
 SIMON ET BERNHEIM. — Revue médicale de l'Est. 1885-1886.
 SKINNER (Winslow-Warner). — Th. Paris, 1885.
 SOREL. — La fièvre typhoïde en Algérie. Mémoire de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1880. — Aphasie, hémiplegie droite, etc. Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1883.
 SYDENHAM. — Médecine pratique. Lettres sur une nouvelle sorte de fièvre qui parût en 1685 (Traduction de Jault). Paris, 1774.
 THAON. — De la fièvre typhoïde chez les enfants. Mouv. méd., anc. série. 1872.
 TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.
 TROUSSEAU ET PIDOUX. — Traité de thérapeutique, 8^e édition.
 VULPIAN. — Note sur deux cas d'accidents survenus dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Revue de médecine, 10 août 1883.
 WEGELIN. — Dissertatio. Zurich, 1854.
 WEIL (A.). — Zur Pathol. und Therap. des Typhus abdomin. Leipzig, 1885.
 WOILLEZ. — Diagnostic médical. 1870.
 WUNDERLICH. — Prüfung der Calomelwirkung beim enterischen Typhus. A reh. f. physiol. Heilkunde. Neue Folge Bd. 1. 1857.

OREILLONS

- BEHIER. — Leç. sur les oreil. Ecole de méd. 1874.
 BOINET. — Lyon médical, 1885.
 CADET DE GASSICOURT. — Mal. de l'enf., t. II.
 CAPITAN et CHARRIN. — Soc. Biol. 1881.
 COLIN (L.). — Union médicale, 1876.
 FOURNIÉ. — Rec. mém. méd. milit. 1881.
 GAILHARD. — Thèse de Montpellier, 1877.
 GUÉNEAU DE MUSSY. — Gaz. hebdom. 1868.
 GRISOLLE. — Pathol. int. 9^e édit., t. I.
 GUASCO. — Thèse de Paris, 1883.
 D'HEILLY. — Art. oreill. Nouv. dict. de méd. et chir. prat. 1878.
 JACCOUD. — Pathol. int. 7^e édit. 1883, t. II. — Sur un cas d'oreil. *inclin.* méd. (1883-1884).
 JOURDAN. — Rec. mém. méd. milit. 1878.
 KARTH. — Thèse de Paris, 1883.
 LAVERAN. — Dict. encycl. 1881, art. Oreillons.
 LONGUET. — Union médicale, 1885.
 NIEMEYER. — Pathol. int., t. I.
 OLLIVIER. — Rev. mal. enf. 1885.
 PRATOLONGO. — Lettre à Borsieri, 1782.
 RILLIET et BARTHEZ. — Traité des Mal. des enfants, t. II.
 SERVIER. — Rec. mém. méd. milit. 1878.
 SOREL. — Revue de médecine, 1878. — Recueil de Mém. de méd. et de chir. milit. 1877.
 TROUSSEAU. — Clinique médicale, 3^e édit., t. I.
 VEDRÈNES. — Mém. de méd. milit. 1882.

PYREXIES EXANTHÉMATIQUES

- ARNAULD. — Erythème polymorphe fébrile à forme grave. Th. de Lyon 1883.
BAZIN. — Leçons sur aff. génér. de la peau. Aff. de nat. arthrit. et dartr.
BECCARIA. — Act. nat. curios., t. III. 1730.
BEGBIE. — Arch. gén. de méd. 1850.
BEZ. — Contemporanéité des fièvres éruptives. Paris 1877.
BOURGEOIS. — Mém. de l'Acad. de médecine, 1861.
DESESSARTZ. — Journ. de méd. et de pharm., t. XLIX, p. 533.
D'ESPINE ET PICOT. — Maladies des enfants.
DRIVON. — Eruptions rhumat. Th. de Montpellier 1862.
FABRE (de Commentry). — Maladie de Hébra. Paris 1883.
FÉREÛL. — Soc. méd. des hôp., t. XVIII, 1871.
FERRAND. — Les exanthèmes du rhumatisme. Th. de Paris 1862.
FOX. — Pathol. cutanée, Londres 1873.
GILBERT. — Act. de la Soc. de santé. Lyon 1799; — Monographie du pemphigus. Lyon 1813.
GUBLER. — Bull. soc. méd. hôp. 1859.
HERVIEUX. — Traité des mal. puerpérales.
HARDY. — Nouv. dict. de méd. et chir. prat.
KAPOSI. — Maladies de la peau. Trad. E. Besnier et Doyon.
MARQUET. — Erythème polymorphe. Th. de Paris 1884.
DE MOLÈNES-MAHON. — Erythème polymorphe. T. de Paris 1884.
MORTON. — Append. ad exercit. II.
NEUMANN. — Wiener mediz. Wochens, 1879.
ŒHME. — Archiv. de Hell. Bd XVIII 1877.
PEACOCK. — Of the influenza or epid. catarrh. fev. 1847.
RONDOT. — Erythème nouveau fébrile. Paris 1883.
SHANAHAM. — Eryth. noueux. Th. de Paris 1853.
SAILLANT. — Tableau des epid. catarrhales, 1775.
G. SÉE. — Bull. soc. hôp. Paris 1853.
G. SÉE ET TALAMON. — Progrès médical, 1883.
SPILLMANN. — Annales de dermatologie, 1885.
SOREL. — Fièvre dans l'érysipèle et unicité des variétés méd. et chir. Gaz. hebdom. 1885.
UFFELMANN. — Deutsch. arch. f. Klin. méd. 1873.
WATSON. — Lectures of the pract. of phys. vol. II.
WARD. — An account of the epid. catarrh. wich prevailed... 1831.

Fièvre Herpétique — Fièvre Zoster

- AMBLARD. — De l'herpès fébrile. Th. de Paris 1876.
BORSIERI. — Institut de médecine pratique. Traduc. Chauffard. 1859.
BOULANGER. — Contribution à l'étude de la fièvre zoster. Th. de Paris 1885.
COUTAGNE. — Herpès généralisé fébrile. Th. de Paris 1871.
DELIoux DE SAVIGNAC. — Affections herpétiques. (Gazette médicale de Paris 1855.)
ERB. — Notiz zur des Herpes Zoster Neurologische Centralblatt, 1882.
FABRE (de Commentry). — Le zona. Paris 1882.
FERNET. — Voy. Pneumonie abortive.
GOUDOUNÈCHE. — Contribution à l'étude de la fièvre herpétique, 1882.
HARDY. — Leçons sur les maladies de la peau, 1860; — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.
HÉBRA. — Traité des maladies de la peau. (Trad. Doyon), 1871.
DE HAEN. — Th. de febribus. divis. XI.
HYBORD (A). — Zona ophthalmique. Th. de Paris 1872.
KAPOSI. — Leçons sur les maladies de la peau. (Trad. et annot. par Besnier et Doyon), 1880.
LAGOUT. — Bullet. Société médicale des hôpitaux, 1873.
LANDOUZY. — Semaine médicale. 20 sept. 1883.
LASÈGUE. — Traité des angines.

- LAVERAN. — Art. «Méningite cérébro spinale», dict. encyclop. sc. méd.
NEUMANN. — Traité des maladies de peau. Edit. franç. 1880.
PARROT. — Union médicale. Mars 1856; — Notes sur la fièvre herpétique. Gaz. hebdomad. 1871.
RAYER. — Traité théorique et pratique des maladies de peau, 1835.
Trousseau. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.
Voir en outre :
Les articles spéciaux sur les *fièvres éruptives*, les *exanthèmes fébriles*, le *zôna*.

PNEUMONIE ABORTIVE

- ANDRAL. — Clinique médicale, t. III. Maladies de Poitrine, t. I^{er}. Paris, 1840.
H. BARTH. — La pneumonie est-elle une maladie infectieuse? — Revue des sciences médicales, t. XXIV, octobre 1884.
BEAU. — Etudes cliniques sur les maladies des vieillards. Journal de médecine, 1843.
G. BERGERON. — Recherches sur la pneumonie des vieillards (pneumonie lobaire aiguë), Th. de Paris. 1866.
BERNHEIM. — De la pneumonie abortive ou fébricule pneumonique. — Mémoires de la Société de médecine de Nancy, 1878.
CADET DE GASSICOURT. — Traité clinique des maladies de l'enfance, t. I^{er}.
CHARCOT. — Bulletins de la Société médicale des hôpitaux, 1865. Température, poulx, urines dans la crise et dans la convalescence de quelques pyrexies (pneumonie, fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire). Th. de Paris, 1872.
CORNIL. — Leçons professées à la Faculté, 1883-84.
DAMASCHINO. — Des différentes formes de la pneumonie chez les enfants. Th. de Paris, 1867. — Gazette des hôpitaux, 1874.
FERNET. — De la pneumonie aiguë et de la névrite du pneumo-gastrique. Pathogénie de la pneumonie. Bulletin de la Société clinique, 1878. — De la pneumonie franche aiguë, de son évolution et de sa crise. Archives générales de médecine, juillet et août 1881. — Pneumonie franche aiguë compliquée d'herpès aigus multiples. France médicale, 16 mars 1882.
GALLARD. — Bulletins de la Société médicale des hôpitaux, 1865.
E. GAUCHER. — Pneumonie traumatique. Progrès médical, 1878, p. 426.
GRANCHER. — De la spléno-pneumonie. Mémoires de la Société médicale des hôpitaux, 10 août 1883.
GRIESINGER. — Maladies infectieuses (traduction Vallin), 1877.
GRISOLLE. — Traité de la pneumonie. Phénomènes et jours critiques de la pneumonie, p. 310, 2^e édit., 1864.
HALLOPEAU. — La doctrine de la fièvre pneumonique. Rev. des sc. méd., t. XII, oct. 1878. — Traité élémentaire de pathologie générale, 1884.
HANOT. — Traitement de la pneumonie. Th. d'agrég., 1880.
HARDY et BEHIER. — Pathologie interne.
HARDY. — Leçon sur la pneumonie. Union méd., déc. 1884.
HIRNE. — Th. de Paris, 1876.
JACCOUD. — Pathologie interne, t. II. Cliniq. méd. de la Charité, 1867.
JÜRGENSEN. — Croupöse pneumonie in Ziemssen's Handbuch der pathologie und therap. V. Band. II.
LANDOUZY. — De la nature de la pneumonie. Leçon clinique. Semaine méd. du 9 nov. 1882. n. 45.
LAENNEC. — Traité de l'auscultation médiate.
LAGOUT. — Observations et considérations relatives à l'herpès labialis. Comptes rendus de la Soc. des sc. méd. de Gannat, 1864. — Mémoire de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1873, p. 91.
LAPIERRE. — Pneumonie traumatique. France méd., mai 1878.
LAVERAN et TEISSIER. — Pathologie interne,
LÉCORCHÉ et TALAMON. — Etudes médicales. Paris, 1881.
LÉPINE. — Pneumonie lobaire aiguë. Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. — Comptes rendus de l'Académie des sciences, août 1885. — Rev. de méd., 1885.

- LORAIN. — Température du corps humain.
MARROTTE. — Fièvre synoque péripneumonique. Arch. gén. de méd., 1855, 2^e vol.
MOUTARD-MARTIN. — Revue médicale, fév. 1844.
PARROT. — De la fièvre herpétique. Gaz. hebd. Paris, 1871.
POTAIN. — Gazette hebdomadaire, 1886.
PROUST. — Pneumonie traumatique. Th. de Paris, 1884.
QUEYRAT. — Congestion pulmonaire. Rev. de méd., 1885.
ROCHE (Léon). — De la crise et des symptômes critiques dans la fièvre pneumonique.
Th. de Paris, 1881.
ROGER. — Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance. Paris, 1872.
GERMAIN SÉE — Des différents modes de traitement de la pneumonie. Union méd.,
avril 1873. — Des maladies spécifiques non tuberculeuses du poulmon. Paris, 1885.
SERRAND. — Etude clinique sur les rapports entre la congestion pulmonaire et la
pleurésie aiguë avec épanchement. Th. de Paris, 1878.
TALAMON et LÉCORCHÉ. — Etudes médicales. Paris, 1881.
THOMAS (de Leipzig). — La température du corps dans les maladies à forme typique.
Arch. der Heilkunde. Vol. I et II.
WEST. — Leçons sur les maladies des enfants, 1875.
WOILLEZ. — Archives générales de médecine, t. III, 1854 et *ibid.* t. VIII, 1866. —
Traité clinique des maladies aiguës des voies respiratoires. Paris, 1872.
WUNDERLICH. — De la température dans les maladies. Traduct. Labadie-Lagrave.
Paris, 1872.



TABLE DES MATIÈRES

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.....	Page 3
PREMIÈRE PARTIE. — ETIOLOGIE ET PATHOGENIE DES PYREXIES ABORTIVES	7
Etude du terrain organique.....	11
Rôle des germes infectieux.....	29
Antagonisme.....	30
Atténuation des virus.....	34
Les vaccins.....	37
Conséquences étiologiques.....	39
DEUXIÈME PARTIE. — QUELQUES PYREXIES ABORTIVES EN PARTICULIER.....	45
PYREXIES SYSTÉMATISÉES ET NON SYSTÉMATISÉES.....	46
CHAPITRE I ^{er} . — <i>Pyrexies non systématiées</i>	49
Septicémies.....	49
Fièvre puerpérale.....	49
Fièvre traumatique.....	51
Septicémie gangréneuse aiguë.....	52
Pustule maligne.....	52
Fièvre urinaire.....	53
Maladies typhoïdes.....	55
Typhus exanthématique (typhus abortif).....	57
Typhus récurrent et typhus cérébro-spinal.....	61
Fièvre jaune.....	61
Fièvre typhoïde abortive.....	68
Historique.....	68
Limitation de la typhoïde abortive.....	79
Etudes critiques des symptômes.....	84
Diagnostic.....	121

CHAPITRE II. — *Pyrexies systématisées*..... 134

A. *Pyrexies exanthématiques*..... 135

Erysipèle abortif..... 135

Erythèmes polymorphes..... 137

Fièvre herpétique et fièvre zoster..... 141

Fièvres éruptives..... 148

B. *Oreillons*..... 161

C. *Grippe*..... 168

D. *Pneumonie abortive*..... 173

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE..... 195

